

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M. Sc.)

PAR
MYRIAM THIFFEAULT

L'UTILISATION D'UN CIRCUIT D'ACTIVITÉS FONCTIONNELLES AUPRÈS DES
PERSONNES AYANT SUBI UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL : LA
PERSPECTIVE DES USAGERS

DÉCEMBRE 2014

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Un projet de cette ampleur ne serait pas possible sans l'aide de plusieurs personnes qui de près ou de loin, directement ou indirectement, y collaborent. En tout premier lieu, je voudrais remercier les gens du centre de réadaptation en déficience physique InterVal (CRDPI) de la Mauricie et du Centre-du-Québec, dont particulièrement Jean-François Guimond, ergothérapeute, Lyne Roberge, chef de programmes en réadaptation et Martin Dionne, gestionnaire de la qualité qui, dès le départ, ont démontré beaucoup d'intérêt et une grande ouverture à réaliser ce projet en collaboration avec l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Je remercie aussi Aleksa Duretic, agent de planification, de programmation et de recherche à la direction de la qualité et du développement de l'expertise pour sa collaboration à ce projet ainsi que pour la relecture de cet essai et la rétroaction fournie.

Évidemment, la participation des quatre usagers du circuit d'activités fonctionnelles a été d'une importance primordiale pour permettre la réalisation de cette étude et enrichir les connaissances sur cette intervention. Leur générosité et leur ouverture à partager leur expérience ont été d'une utilité extraordinaire et je leur en suis très reconnaissante.

Je tiens également à remercier ma directrice de ce projet, madame Valérie Poulin, qui a été d'une aide incommensurable, en me guidant à travers chacune des étapes, en m'offrant son temps avec générosité pour répondre à mes questions et en m'aidant dans l'écriture et la correction de cet essai. Elle a également été une source de soutien moral extraordinaire et ses précieux conseils ont grandement facilité la réalisation de ce projet qui me tenait beaucoup à cœur.

Finalement, je voudrais remercier tous les membres de ma famille et mes amis, qui m'ont supporté moralement tout au long de mon processus universitaire. Cindye Audet et Jonathan Plante, collègues de classes et amis précieux, m'ont soutenu durant les dernières années et pendant la réalisation de ce projet de grande ampleur, notamment en m'aidant à traverser des moments parfois plus difficiles et en me fournissant de précieux conseils pour m'outiller, et ce, à toute heure du jour.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
LISTE DES ABRÉVIATIONS	v
RÉSUMÉ	vi
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	3
2.1 Impacts de l'accident vasculaire cérébral	3
2.2 La réadaptation suite à l'AVC	3
2.2.1 Précocité des interventions	3
2.2.2 Contexte administratif	4
2.2.3 Utilisation des données probantes	4
2.2.3.1 Entraînement par circuit	5
2.2.3.2 Circuit d'activités fonctionnelles en ergothérapie	7
2.2.3.3 Évaluation de l'intervention	9
2.2.3.4 La pratique centrée sur le client en ergothérapie	12
2.3 Objectifs de l'étude	12
3. CADRE CONCEPTUEL	14
3.1 Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels	14
3.2 Modèle de qualité perçue des services	17
4. MÉTHODE	20
4.1 Devis	20
4.2 Participants	20
4.2.1 Population cible	20
4.2.2 Échantillonnage et procédures de recrutement	20
4.3 Collecte de données	21
4.3.1 Outil d'évaluation	21
4.3.2 Validation préliminaire de l'outil	22
4.4 Analyse des données	23
4.5 Considérations éthiques	23
5. RÉSULTATS	25
5.1 Description des participants	25
5.2 Perception de l'expérience vécue, des bénéfices et des inconvénients du circuit d'activités fonctionnelles	27
5.2.1 Dimensions de la personne	27
5.2.1.1 Dimension physique	27
5.2.1.2 Dimension affective	28

5.2.1.3 Dimension spirituelle.....	28
5.2.2 Domaines de l'occupation sollicités par le CAF	29
5.2.3 Environnement	29
5.2.3.1 Environnement physique	30
5.2.3.2 Environnement social	30
5.2.4 Rendement occupationnel	32
5.2.5 Engagement occupationnel.....	33
5.3 Satisfaction des participants à l'égard des aspects organisationnel, professionnel et relationnel de l'intervention reçue.....	33
5.3.1 Secteur organisationnel	33
5.3.2 Secteur professionnel.....	35
5.3.3 Secteur relationnel	36
6. DISCUSSION.....	37
6.1 Améliorations perçues par les participants	37
6.2 Avantages et inconvénients de l'approche de groupe	38
6.3 Favoriser l'engagement occupationnel à domicile et dans la thérapie	39
6.4 Satisfaction des participants en fonction des aspects organisationnel, professionnel et relationnel de l'intervention.....	40
6.5 Implications pour la pratique ergothérapique	41
6.5.1 Une approche prometteuse	41
6.5.2 Un outil pour l'amélioration continue des services	42
6.6 Forces et limites de l'étude	43
7. CONCLUSION	44
RÉFÉRENCES	45
ANNEXE A LETTRE D'APPUI DU CRDPI.....	50
ANNEXE B CANEVAS D'ENTREVUE POUR L'ÉVALUATION DE LA SATISFACTION	51
ANNEXE C PRÉSENTATION DES QUESTIONS EN LIEN AVEC LE MODÈLE DE QUALITÉ PERÇUE DES SERVICES	57
ANNEXE D CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE L'UQTR.....	58
ANNEXE E LETTRE D'APPROBATION DU COMITÉ SCIENTIFIQUE.....	59
ANNEXE F ÉVALUATION SCIENTIFIQUE.....	60
ANNEXE G CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE L'IRDPO.....	62
ANNEXE H LETTRE D'INFORMATION DE L'IRDPO.....	63

ANNEXE I FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'UQTR.....	66
ANNEXE J FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'IRDPQ.....	67
ANNEXE K RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE.....	68
ANNEXE L QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA SATISFACTION.....	70

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADRLSSSS	Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
AVC	Accident vasculaire cérébral
CAF	Circuit d'activités fonctionnelles
CAHAI-13	<i>Chedoke Arm and Hand Activity Inventory</i>
CRDPI	Centre de réadaptation en déficience physique InterVal
IRDPQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
MCREO	Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels
MDH-PPH2	Modèle de développement humain et Processus de production du handicap
SEMO	Service externe de main-d'œuvre spécialisé
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Problématique: Les recommandations canadiennes sur la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC) (Dawson, Knox, McClure, Foley et Teasell, 2013) suggèrent que la réadaptation après un AVC devrait débuter le plus tôt possible et comprendre des activités centrées sur la tâche qui sont transférables dans le quotidien, qui impliquent la répétition de mouvements et comportent des défis adaptés à la personne. Une intervention basée sur ces principes et récemment développée en ergothérapie au centre de réadaptation InterVal, au point de services de Shawinigan, consiste en un circuit d'activités fonctionnelles (CAF) ciblant des activités significatives choisies par les usagers et réalisées sous forme de stations, en petits groupes. Dans un processus d'évaluation et d'amélioration continue de cette intervention, il s'avère important de documenter la perception et la satisfaction des usagers.

Objectifs : Documenter la perception et la satisfaction des personnes ayant subi un AVC à l'égard du CAF. Un sous-objectif était de développer un guide d'entrevue servant à l'évaluation de la satisfaction. **Cadre conceptuel :** Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels et le modèle de la qualité perçue des services ont guidé l'élaboration des questions de l'entrevue et l'analyse des données. **Méthode :** L'étude a utilisé un devis de recherche descriptif qualitatif avec une approche phénoménologique. Quatre personnes ayant reçu des interventions au CAF à la suite d'un AVC ont participé à une entrevue individuelle à leur domicile. Le guide d'entrevue incluait des questions ouvertes sur leur expérience vécue ainsi qu'un court questionnaire avec des échelles de réponses pour évaluer différents aspects de la satisfaction. **Résultats :** Les participants rapportent plusieurs bénéfices du CAF, dont l'atteinte de buts personnels et l'amélioration de leur confiance à réaliser leurs activités, en plus d'améliorations touchant la dimension physique (ex. : force, dextérité manuelle, etc.). Des améliorations du rendement et de l'engagement occupationnels ressortent aussi des résultats. De plus, les participants mentionnent que le contexte de groupe permet de relativiser sa situation en se comparant aux autres, de briser l'isolement, d'augmenter la motivation et de partager de l'information, mais qu'il est nécessaire d'apprendre à surmonter sa gêne et la crainte du jugement des autres. Globalement, ils rapportent un niveau de satisfaction élevé quant aux aspects organisationnels, professionnels et relationnels du CAF, mais suggèrent qu'une augmentation de la fréquence des interventions et l'ajout de séances d'éducation seraient bénéfiques. **Discussion et conclusion :** Les bénéfices perçus par les participants du CAF et leur niveau de satisfaction élevé suggèrent qu'il s'agit d'une approche prometteuse pour répondre aux besoins des personnes ayant subi un AVC et augmenter l'intensité des interventions dans un contexte où les ressources sont limitées. Le questionnaire développé et pré-testé pourrait éventuellement être utilisé pour confirmer ces résultats auprès d'un plus grand nombre d'usagers. Il serait aussi pertinent d'explorer les impacts de cette intervention à l'aide de mesures de résultats additionnelles (ex. : habiletés du membre supérieur, indépendance fonctionnelle, participation sociale) ainsi que recueillir les perceptions des intervenants et des gestionnaires. Malgré le petit nombre de participants, l'étude fournit des données préliminaires pertinentes dans un processus d'amélioration de la qualité des services. Ces résultats peuvent être utiles pour guider le développement d'interventions similaires dans d'autres programmes du centre de réadaptation InterVal ou d'autres centres de réadaptation offrant des services auprès de la clientèle ayant subi un AVC.

Mots clés français: Accident cérébrovasculaire, circuit d'activités fonctionnelles, évaluation, satisfaction, perception des usagers.

Key words : Stroke, cerebrovascular accident, circuit, evaluation, satisfaction, user's perception.

1. INTRODUCTION

Dans le domaine de la santé, les chercheurs, les cliniciens et les gestionnaires des milieux cliniques sont souvent impliqués, de près ou de loin, dans le développement et la mise en place de nouvelles méthodes pour délivrer efficacement les services afin de bien répondre aux besoins de la population. Ces besoins peuvent s'étendre de services de santé généraux et de promotion de la santé à des services de réadaptation et de soutien à l'intégration sociale, comme ceux offerts aux personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC). L'AVC se définit comme une perte soudaine de la fonction cérébrale, qui peut être provoquée par une interruption sanguine, appelée AVC ischémique, ou par la rupture d'un vaisseau sanguin dans le cerveau, appelée AVC hémorragique (Fondation des Maladies du cœur et de l'AVC, 2008). Les séquelles de l'AVC incluent différentes déficiences et incapacités qui limitent significativement le niveau d'autonomie fonctionnelle de la personne et qui peuvent justifier le recours à des interventions de réadaptation. En effet, à la suite d'un AVC, les personnes peuvent recevoir les services de plusieurs professionnels de la santé, dont des ergothérapeutes, afin d'optimiser leur niveau d'autonomie ou leur participation dans la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne et de leurs rôles sociaux.

Dans leur recherche de nouvelles méthodes d'intervention auprès de la clientèle ayant subi un AVC, les ergothérapeutes du Centre de réadaptation en déficience physique InterVal (CRDPI) de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont entrepris l'élaboration d'un circuit d'activités fonctionnelles (CAF), qui vise la réalisation de différentes activités significatives qui sont choisies par l'utilisateur, divisées en stations, et qui sont faites dans un contexte de groupe (Guimond et Vigneault, 2014). L'utilisation d'un entraînement sous forme de circuit, qui combine une approche de groupe et une approche centrée sur l'exécution de tâches fonctionnelles a été appliquée et testée précédemment dans le domaine de la physiothérapie. Selon les résultats d'une revue systématique, cette méthode d'intervention s'est révélée efficace pour améliorer la distance et la vitesse de marche, l'équilibre, ainsi que le niveau de confiance lors de l'exécution des activités d'équilibre (English et Hillier, 2010). Comme cette méthode de dispensation des services en ergothérapie est novatrice et qu'elle n'a pas été évaluée spécifiquement à ce jour, il devient pertinent d'en documenter les impacts auprès de la

population ayant subi un AVC. Lorsqu'on évalue les effets d'une intervention dans le domaine de la santé, une des composantes primordiales à explorer est la satisfaction des usagers (Tyson et Turner, 1999). Considérant le potentiel du CAF pour répondre aux besoins des personnes ayant subi un AVC et la nécessité d'en documenter les impacts, ce projet s'intéresse à l'évaluation de la satisfaction et des bénéfices perçus par les usagers.

Dans cet essai, la problématique à l'étude est d'abord présentée, en décrivant le contexte clinique et organisationnel de la réadaptation à la suite d'un AVC, l'utilisation des données probantes à l'égard de l'utilisation du CAF et la pertinence de se pencher sur la perception des usagers. Par la suite, les deux modèles servant de cadre conceptuel, soit le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels et le modèle de la qualité perçue des services sont détaillés. La méthode de recherche est expliquée en abordant les démarches ayant permis de concrétiser ce projet, telles que la présentation du devis de recherche, la description des participants inclus dans l'étude, la collecte et l'analyse des données. Les résultats sont ensuite dévoilés en fonction des modèles conceptuels et des thèmes émergeant de la collecte des données, en plus de la présentation détaillée des réponses au questionnaire. Une discussion sur les principaux éléments ressortis de la recherche et une conclusion sont finalement présentées.

2. PROBLÉMATIQUE

2.1 Impacts de l'accident vasculaire cérébral

L'AVC représente l'une des principales causes de décès et d'incapacité au Canada. En 2009, 315 000 Canadiens ont déclaré qu'ils souffraient des conséquences d'un AVC (Agence de la santé publique du Canada, 2011). À l'échelle mondiale, l'AVC représente la troisième cause de mortalité prématurée (Organisation mondiale de la Santé, 2012). Les conséquences suivant l'AVC sont nombreuses et diversifiées. Selon l'Agence de la santé publique du Canada (2011), environ deux tiers des personnes qui survivent à un AVC vont subir des conséquences sur les fonctions physiques, cognitives ou de la communication, pouvant entraîner des limitations fonctionnelles et nécessiter des services de réadaptation. Une étude a révélé que ces limitations fonctionnelles peuvent également causer des restrictions de leur participation sociale, qui entravent la réalisation d'activités significatives (Mayo, Wood-Dauphinee, Côté, Durcan, et Carlton, 2002). Durant les six premiers mois suivant l'AVC, il est estimé que les frais reliés aux soins de ces personnes s'élèvent à 2,5 milliards de dollars par année au Canada (Fondation des Maladies du cœur et de l'AVC, 2010). Ces frais sont liés, entre autres, à l'hospitalisation, aux médicaments, à l'imagerie diagnostique, aux soins à domicile ainsi qu'aux services de réadaptation (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2010).

2.2 La réadaptation suite à l'AVC

2.2.1 Précocité des interventions

Les personnes qui subissent un AVC devraient recevoir des services de réadaptation aussitôt que possible, dès que leur état médical est stable (Dawson, Knox, McClure, Foley et Teasell, 2013). Les résultats d'une revue systématique démontrent d'ailleurs que les interventions débutant entre 3 à 30 jours à la suite de l'AVC sont associées à l'amélioration des résultats fonctionnels (Cifu et Stewart, 1999).

Les étapes nécessaires à cette prise en charge précoce sont d'abord l'évaluation, suivie de l'élaboration d'un plan de réadaptation du patient, qui répondra à ses objectifs personnels, en tenant compte de ses incapacités physiques, cognitives et fonctionnelles ainsi que de son

potentiel de récupération Les interventions de réadaptation pourront impliquer plusieurs disciplines dont, entre autres, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, les services sociaux et de psychologie ainsi que l'éducation spécialisée et se poursuivront tout au long du continuum de soins en réadaptation. Ce continuum de soins débute dès que la personne subit son AVC et qu'elle est prise en charge pour recevoir des soins aigus, ainsi que de la réadaptation fonctionnelle intensive à l'interne, pour poursuivre par la suite sa réadaptation à l'externe jusqu'à la reprise de sa participation en communauté (Dawson et coll., 2013).

2.2.2 Contexte administratif

Les organisations offrant les services de réadaptation sont confrontées à la gestion des ressources humaines, qui est parfois marquée par des périodes difficiles de manque de personnel, par la gestion des demandes impliquant parfois des listes d'attentes, et par des règles gouvernementales. Afin de répondre aux besoins de la population, en 2008, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a élaboré un plan d'accès aux services dans le but d'assurer aux personnes ayant une déficience les services dont elles ont besoin, et ce, dans des délais raisonnables, par une meilleure organisation des services. À cette fin, trois niveaux de priorité ont été établis et chacun d'eux comprend un délai maximal de prise en charge. À titre d'exemple, une personne ayant subi un AVC dont la condition serait jugée comme un niveau de priorité urgent devrait recevoir des services dans un délai maximal de 72 heures tandis que si sa condition était de priorité élevée, elle devrait recevoir des services dans un délai de 90 jours suivant la demande (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008). Pour les services externes, comme ceux offerts au centre de réadaptation InterVal de Shawinigan où se déroule la présente recherche, un usager référé à la suite d'un AVC est considéré à un niveau élevé de priorité (Guimond et Vigneault, 2014).

2.2.3 Utilisation des données probantes

Les professionnels de la réadaptation sont fortement encouragés à se baser sur l'utilisation des données probantes pour évaluer et intervenir auprès de leur clientèle, d'autant plus que l'adoption de pratiques cliniques optimales est associée à de meilleurs résultats fonctionnels après l'AVC (Duncan et coll., 2002). Le récent guide des meilleures pratiques canadiennes pour les soins de l'AVC (Dawson et coll., 2013), basé sur les données probantes

de ce domaine, insiste notamment sur la nécessité d'une prise en charge précoce et sur l'importance d'offrir des traitements de réadaptation selon une approche interdisciplinaire qui touche les aspects physiques, cognitifs, émotionnels et fonctionnels, afin de maximiser la participation sociale de l'individu. Les interventions de réadaptation, que ce soit à l'interne ou à l'externe, devraient être d'intensité suffisante et progressive selon les besoins et les capacités du client, de manière à favoriser une récupération optimale. Également, la réadaptation devrait comprendre la pratique répétitive et intense de nouvelles tâches qui favorisent l'acquisition des compétences nécessaires à la réalisation des activités de la vie quotidienne. Le client poursuivant une réadaptation à l'interne devrait aussi être stimulé à généraliser et transférer les compétences acquises dans sa routine quotidienne. Ces recommandations sont de niveau de preuve A, soit le plus haut niveau de preuve (Dawson et coll., 2013). D'autres recommandations (niveau de preuve C, soit le plus bas niveau) stipulent que les patients devraient recevoir un entraînement centré spécifiquement sur la tâche à accomplir, dans un environnement stimulant. Une recommandation de niveau de preuve B mentionne également que la réadaptation à l'externe, ou lorsque les gens retournent à domicile, devrait comprendre entre 45 minutes et trois heures par jour de thérapie, trois à cinq jours par semaine, correspondant aux besoins individuels (Dawson et coll., 2013).

De fortes évidences (niveau de preuve A) indiquent que la réadaptation doit inclure un entraînement de la fonction des membres supérieurs. Pour ce faire, la personne doit pouvoir s'engager dans des activités qui lui sont significatives et qui sont centrées spécifiquement sur des tâches fonctionnelles, conçues pour stimuler les habiletés requises à la réalisation des activités de la vie quotidienne (par exemple : la préparation des repas, faire le lavage, le ménage, s'habiller). Les activités doivent aussi être graduées selon les besoins de la personne, de manière à favoriser l'amélioration du contrôle moteur et des fonctions sensori-motrices du membre supérieur (Dawson et coll., 2013).

2.2.3.1 Entraînement par circuit

En considérant les recommandations basées sur les données probantes concernant la réadaptation post-AVC, tout en tenant compte des contraintes du contexte administratif – dont les ressources humaines limitées, les normes d'accès aux services et les délais de prise en

charge – il est possible de se demander quelle serait la manière la plus efficace de dispenser des services qui répondront aux besoins de chaque client. Une approche prometteuse est l'utilisation d'un entraînement sous forme de circuit, qui combine une approche de groupe et une approche centrée sur la tâche. Spécifiquement, selon English (2010), les interventions dispensées sous forme de circuit correspondent à des principes de répétition de tâches fonctionnelles et de progression à travers les activités qui sont réalisées dans un contexte de groupe avec plus de deux participants par thérapeute, sous forme de stations.

Une revue documentaire structurée portant sur l'efficacité de cette méthode d'intervention auprès de la clientèle ayant eu un AVC a été complétée en décembre 2013 par l'étudiante-chercheuse en consultant les bases de données *CINAHL*, *Medline*, *PsycINFO*, *Pubmed*, ainsi que *The Cochrane Library* et en combinant plusieurs mots clés reliés aux thèmes suivants : l'accident vasculaire cérébral, l'entraînement sous forme de circuit, l'approche centrée sur la tâche, l'approche de groupe ainsi que les activités significatives. Parmi les six articles retenus portant spécifiquement sur l'entraînement sous forme de circuit de tâches fonctionnelles auprès de la clientèle ayant subi un AVC, la majorité décrivait des interventions offertes en physiothérapie visant principalement l'amélioration des habiletés motrices liées à la marche (English et Hillier, 2010; Lynch, Harling, English et Stiller, 2008; van de Port, Wevers, Lindeman et Kwakkel, 2012; Wevers, van de Port, Vermue, Mead et Kwakkel, 2009; Zanker, English, Prideaux et Luker, 2007; Kim, Lee, Bae, Yu, et Kim, 2012. Entre autres, une revue systématique a comparé l'efficacité d'un entraînement par circuit à diverses approches (comme des thérapies en individuel, des exercices d'étirement, des groupes d'éducation) et a démontré une différence significative en faveur du circuit quant à l'amélioration de la distance et de la vitesse de marche (niveau d'évidence élevé), l'équilibre, ainsi que le niveau de confiance (niveau d'évidence moyen) lors de l'exécution des activités d'équilibre (English et Hillier, 2010). Parmi les autres études recensées, un essai clinique randomisé a comparé un entraînement par circuit ciblant les habiletés des membres inférieurs à un circuit ciblant les habiletés des membres supérieurs (Blennerhassett et Dite, 2004). L'étude a démontré que les deux groupes ont obtenu des gains correspondant à la thérapie reçue. En effet, les personnes ayant participé au groupe ciblant des activités du membre inférieur ont vu leur distance de marche et leur équilibre augmenter de façon significative ($p=$

0,001). Pour les personnes ayant participé aux interventions ciblant le membre supérieur, leurs habiletés à la main se sont améliorées de façon significative d'après les résultats au *Jebsen-Taylor Hand Function Test* ($p= 0.005$) et au *Motor Assessment Scale* ($p< 0.001$) (Blennerhassett et Dite, 2004). En plus des impacts sur les capacités motrices, une étude descriptive s'est centrée sur les aspects psychosociaux et la satisfaction comme mesure de résultats (Lynch et coll., 2008). Cette étude s'est intéressée au niveau de satisfaction des personnes ayant participé à la fois à un entraînement de groupe en circuit et à un entraînement en individuel. Il en ressort que de participer au circuit apporte un environnement de support qui favorise les interactions avec les autres membres, qu'il est agréable de pratiquer des activités en groupe et que cela aide à augmenter le niveau de confiance des participants. D'un autre côté, l'approche individuelle est apparue plus adaptée aux objectifs personnels des participants qui avaient l'impression de faire plus de progrès et d'être plus indépendants (Lynch et coll., 2008).

En somme, cette revue de littérature suggère qu'il existe assez d'évidences pour recommander l'utilisation du circuit lorsque cela est approprié pour la clientèle, en fonction de leurs besoins et de leurs caractéristiques. Toutefois, la plupart des études réalisées jusqu'à maintenant ont surtout ciblé les habiletés motrices du membre inférieur ainsi que la marche, de sorte que d'autres études seraient pertinentes pour évaluer le potentiel d'un entraînement par circuit visant l'amélioration de différentes activités de la vie quotidienne. De plus, dans les études réalisées jusqu'à maintenant, les tâches entraînées étaient préalablement déterminées et n'étaient pas basées sur des activités significatives choisies à partir des objectifs personnels des participants.

2.2.3.2 Circuit d'activités fonctionnelles en ergothérapie

Comme mentionné précédemment, un des professionnels de la santé habilité à intervenir auprès des personnes ayant subi un AVC est l'ergothérapeute. En effet, avec son expertise, l'ergothérapeute sera en mesure d'intervenir auprès de la personne pour qu'elle puisse retrouver un maximum d'autonomie dans la réalisation des activités qui lui sont significatives, notamment en réduisant ses incapacités, en adaptant son environnement ou en compensant ses déficits par l'utilisation d'aides techniques, par exemple (Dawson et coll.,

2013). L'ergothérapeute enseignera à la personne des stratégies pour l'aider à réaliser ses activités de la vie quotidienne au meilleur de ses capacités (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009).

Voyant le potentiel de l'entraînement par circuit, étudié jusqu'à maintenant comme modalité d'intervention surtout en physiothérapie, deux ergothérapeutes du CRDPI de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont entrepris un projet en 2010 en s'inspirant des principes directeurs du circuit. L'intervention développée consiste en un circuit d'activités fonctionnelles ciblant des habitudes de vie (ex. : tâches reliées aux activités de soins personnels, vie domestique, travail et/ou loisirs), réalisées sous forme de stations, en petits groupes de deux à six personnes, pour une période d'une heure (Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, 2012). Selon Guimond et Vigneault (2014), les fondements de leur intervention sont basés sur le Modèle de développement humain et Processus de production du handicap (MDH-PPH2) (Fougeyrollas, 2010) et l'approche centrée sur la tâche. Plus spécifiquement, les activités sont choisies en fonction des objectifs ciblés par chaque participant et représentent des activités qui sont significatives pour ce dernier. Les principes de ce CAF répondent aux recommandations canadiennes des meilleures pratiques pour les soins de l'AVC (Dawson et coll., 2013). En effet, comme le CAF est basé sur l'utilisation d'activités de la vie quotidienne (par exemple, le lavage, le ménage, la préparation des repas) ainsi que sur des activités de loisirs (par exemple, l'utilisation de l'ordinateur), la personne est plus susceptible de transférer ses connaissances dans sa routine quotidienne. Le fait de reproduire des activités à la maison est aussi une manière d'augmenter l'intensité des traitements. L'intensité des traitements est adaptée en fonction des habiletés de l'utilisateur et peut également être augmentée graduellement par le niveau de difficulté, de complexité ou de durée de la tâche et en favorisant la répétition de mouvements. Tous ces éléments visent à favoriser le développement de l'autonomie et du sentiment d'efficacité personnelle des usagers (Guimond et Vigneault, 2014). En plus de cibler les besoins spécifiques des personnes et de s'appuyer sur les évidences scientifiques, cette méthode d'intervention offre l'avantage de permettre d'offrir des services à un plus grand nombre d'utilisateurs en même temps, dans un contexte où la demande de services peut être forte.

Plus spécifiquement, les objectifs de cette méthode d'intervention sont : « que l'utilisateur optimise ses capacités sensori-motrices, cognitives et perceptuelles », « que l'utilisateur intègre les apprentissages dans son milieu de vie » et « que l'utilisateur retrouve un sentiment de compétence et de contrôle par rapport à ses besoins, ses rôles et ses responsabilités » (Guimond et Vigneault, 2014, p. 9). Le circuit d'activités fonctionnelles vise également à assurer la continuité des services de réadaptation de l'interne à l'externe, dans un contexte où il peut y avoir de l'attente pour obtenir une prise en charge individuelle (Guimond et Vigneault, 2014).

2.2.3.3 Évaluation de l'intervention

Considérant la pertinence d'utiliser cette méthode créative d'offrir les services en ergothérapie (en répondant à la fois aux besoins des clients, à la réalité du contexte administratif et en suivant les principes-clés des recommandations canadiennes sur la réadaptation post-AVC), la prochaine étape logique est d'évaluer ses impacts. Lorsqu'on évalue les effets d'une intervention dans le domaine de la santé, une des composantes primordiales à explorer est la satisfaction des usagers (Tyson et Turner, 1999). Le concept de la satisfaction a été étudié par plusieurs chercheurs, mais il y a peu de consensus par rapport à sa définition (Mangset, Dahl, Førde et Wyller, 2008; Crow, Gage, Hampson, Hart, Kimber, Storey et Thomas, 2002; Gill et White, 2009). Selon certaines études, le concept de la satisfaction serait multidimensionnel, relié par exemple à la qualité des soins, à l'accessibilité, à la communication (Naidu, 2009) et unique à l'expérience vécue par chaque personne (Mangset et coll., 2008).

Afin d'identifier les connaissances actuelles sur l'évaluation de la satisfaction dans les soins de santé auprès des personnes ayant subi un AVC, une recension des écrits a été effectuée. Les bases de données *CINAHL*, *PsychINFO* et *PubMed* ont été consultées en utilisant des combinaisons des groupes de mots anglais suivants : « *patient satisfaction* » ou « *satisfaction* », « *rehabilitation* » ou « *health care* », « *stroke* » ou « *cerebrovascular accident* » ou « *CVA* », « *client-centered practice* » ou « *client-centered care* », « *mesur** » ou « *evaluation* ». Une recherche manuelle a également été effectuée en consultant les références des articles trouvés. Cette recension des écrits a permis de constater que de nombreuses études

s'étaient intéressées à l'évaluation de la satisfaction auprès de la clientèle ayant subi un AVC. Ces études portaient notamment sur la relation entre la satisfaction envers les soins et la qualité de vie des gens ayant subi un AVC et de leurs proches aidants (Cramm, Strating et Nieboer, 2012); la satisfaction suite à un traitement par contrainte induite (Flinn, Schamburg, Fetrow et Flanigan, 2008); la relation entre le niveau de satisfaction et la manière dont les services de réadaptation ont été dispensés, la perception de la qualité de vie ainsi que du niveau fonctionnel, 12 mois après l'AVC (Hansson, Beckman, Wihlborg, Persson, et Troein, 2013); la relation entre la satisfaction des personnes, leurs caractéristiques personnelles et les soins qu'ils ont reçus (Pound, Tilling, Rudd et Wolfe, 1999).

Plus spécifiquement, deux études se sont penchées sur les facteurs contribuant à la satisfaction des personnes ayant subi un AVC en fonction des soins reçus (Mangset et coll., 2008; Tomkins, Siyambalapitiya et Worrall, 2013). Durant l'hospitalisation, des facteurs comme le fait d'être traité avec respect et dignité, d'être reconnu en tant qu'individu, de voir son autonomie respectée, d'avoir confiance envers les professionnels et de pouvoir recevoir de l'information de manière accessible auraient contribué à la satisfaction des personnes âgées ayant subi un AVC (Mangset et coll., 2008). Une seconde étude portant sur les facteurs contribuant à la satisfaction des personnes aphasiques en lien avec leurs services reçus révèle que plusieurs éléments doivent être pris en considération (Tomkins et coll., 2013). Plus spécifiquement, les aspects relationnels (c.-à-d.: relation thérapeute-client et liens avec d'autres personnes aphasiques), la méthode utilisée pour dispenser les services (c.-à-d. : approche centrée sur le client), la communication et l'apport d'informations (ex. : rétroaction sur le programme), la structure et la pertinence des thérapies (ex. : activités réalisées et leur niveau de difficulté), les aspects organisationnels (ex. : horaire et accessibilité des services), le soutien individuel (ex. : attention reçue et conseils donnés à la fin des services ou lors de la transition à la maison) ainsi que les améliorations perçues sur le plan fonctionnel sont les principaux éléments ressortis (Tomkins et coll., 2013).

Plusieurs raisons sous-tendent l'importance de s'intéresser à la perception des usagers relativement aux interventions reçues. D'abord, la manière dont une intervention et ses bénéfices sont perçus peut être différente du point de vue des participants et des thérapeutes,

justifiant donc l'importance de s'attarder à leur perception des traitements ou des interventions reçus (Wohlin Wottrich, Stenström, Engardt, Tham, et Von Koch, 2004). Une étude qualitative descriptive auprès d'une clientèle ayant subi un AVC et recevant des interventions en physiothérapie a d'ailleurs démontré qu'il y avait des divergences entre les points de vue des participants et des physiothérapeutes (Wohlin Wottrich et coll., 2004). Les auteurs ont conclu qu'il était important d'inclure la perception des participants, afin qu'ils puissent être actifs dans leur réadaptation et ainsi augmenter leur sentiment de contrôle. Par ailleurs, l'étude de McEwen et ses collaborateurs (2010), qui consiste en une série de cas pour évaluer la faisabilité d'une nouvelle approche auprès de personnes ayant subi un AVC, suggère que l'évaluation de la perception et de l'expérience des participants est importante lors du développement d'une intervention. Ceci permet d'identifier les points positifs et négatifs de l'intervention et ainsi contribuer à son amélioration, de sorte que l'intervention soit significative pour le client (McEwen, Polatajko, Davis, Huijbregts et Ryan, 2010).

Également, étant donné que la satisfaction des usagers n'est pas toujours corrélée à l'amélioration de l'indépendance fonctionnelle, il est d'autant plus pertinent de mesurer leur satisfaction afin de permettre une évaluation holistique des bénéfices perçus et de l'acceptabilité d'une intervention (Franchignoni, Ottonello, Benevolo, et Tesio, 2002). Certains auteurs sont d'avis qu'il existe un fort lien entre la satisfaction des usagers et la qualité des services (Cramm et coll., 2011; Mangset et coll., 2008; Murti, Deshpande et Srivastava, 2013; Tomkins et coll., 2013), mais d'autres auteurs affirment que la qualité des services est un concept beaucoup plus large, qui ne peut être utilisé au même niveau que le concept de la satisfaction (Gill et White, 2009). Selon le conseil québécois d'agrément (2014), la satisfaction des usagers est un indicateur reconnu de la qualité des services et même de la performance d'une organisation, décrivant ainsi la qualité des services comme étant :

la capacité d'une organisation à satisfaire les besoins et les attentes des usagers, par l'utilisation des meilleures pratiques et la conformité aux normes établies, de façon efficiente et au moindre risque, au regard des ressources disponibles, tant au niveau des attitudes et des contacts humains établis entre le personnel et les clients, qu'au niveau des procédures et des services rendus.

En analysant les causes de satisfaction et d'insatisfaction des usagers à l'égard des services, les professionnels de la santé et leurs organisations sont davantage en mesure de poser des

actions pour améliorer la qualité des services rendus, dans le but de répondre aux besoins et attentes des usagers.

2.2.3.4 La pratique centrée sur le client en ergothérapie

Cette prise en compte des perceptions, des préférences et de la satisfaction du client est également cohérente avec les différents modèles de pratique en ergothérapie, qui illustrent l'importance de la pratique centrée sur le client. En effet, la pratique centrée sur le client intéresse les ergothérapeutes depuis plusieurs décennies (Law, Polatajko, Baptiste et Townsend, 1997). Au début des années 1990, cette pratique était décrite comme une façon de collaborer avec les personnes qui nécessitent des services en ergothérapie. Plusieurs principes directeurs sont à la base de cette pratique, dont l'importance d'être à l'écoute des opinions du client et l'encourager à prendre des décisions, que ce soit en lien avec sa thérapie ou même en lien avec la planification de son plan d'intervention. Il faut que la personne puisse sentir que ses désirs, ses croyances, ses valeurs, et ses opinions seront entendus et respectés. Dans la pratique centrée sur le client, on donne beaucoup de pouvoir décisionnel à la personne et on l'incite à échanger afin de s'assurer qu'on réponde le mieux possible à ses besoins et à ses attentes. S'intéresser à la perception des participants et à leur satisfaction représente donc bien les forces et l'aspect fondamental de la pratique centrée sur le client préconisée en ergothérapie. D'ailleurs, une revue systématique révèle que les soins centrés sur le client ont des effets positifs sur la satisfaction (Rather, Wyrwich et Boren, 2013). La recension des écrits fait donc ressortir l'importance de s'intéresser à la perception des clients et à leur satisfaction afin d'adopter une approche centrée sur le client et de contribuer autant que possible à l'amélioration de la qualité des services, en fonction de leurs besoins et leurs attentes. Comme la satisfaction des clients devrait être une composante dans l'évaluation d'une intervention, il est important de la documenter, notamment à la suite du développement d'une nouvelle intervention (McEwen et coll., 2010), comme c'est le cas pour le CAF en ergothérapie.

2.3 Objectifs de l'étude

Étant donné que la perception des usagers à l'égard du CAF n'a pas été documentée systématiquement à ce jour et considérant le potentiel de cette intervention novatrice pour répondre aux besoins des personnes ayant subi un AVC, la présente recherche porte sur

l'évaluation de la satisfaction et des bénéfices perçus par les usagers. L'objectif global du projet est donc de documenter la perception et la satisfaction des personnes ayant subi un AVC à l'égard de cette intervention de groupe impliquant la réalisation d'activités fonctionnelles sous forme de stations (voir la lettre d'appui du CRDPI à l'annexe A). Pour ce faire, un sous-objectif était de développer un guide d'entrevue servant à l'évaluation de la satisfaction des participants.

3. CADRE CONCEPTUEL

L'objet principal de cette étude concerne la perception et la satisfaction des clients ayant subi un AVC à l'égard de l'approche du CAF en ergothérapie. Deux cadres conceptuels se sont avérés particulièrement pertinents pour guider cette étude, soit, le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels de Townsend, Polatajko et Craik (2013) (voir figure 1), ainsi que le Modèle de qualité perçue des services, développé par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (ADRLSSSS, 2005).

3.1 Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels

Grandement utilisé en ergothérapie, le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) (Townsend, Polatajko et Craik, 2013) a été choisi pour sa vision holistique de la personne et pour sa pertinence afin de documenter les bénéfices perçus à l'égard du CAF dans différents aspects de la vie de la personne. Selon Townsend, Polatajko et Craik (2013), le MCREO représente un processus dynamique, où les interactions entre les composantes de l'environnement, de l'occupation et de la personne influencent le rendement et l'engagement occupationnels (voir figure 1).

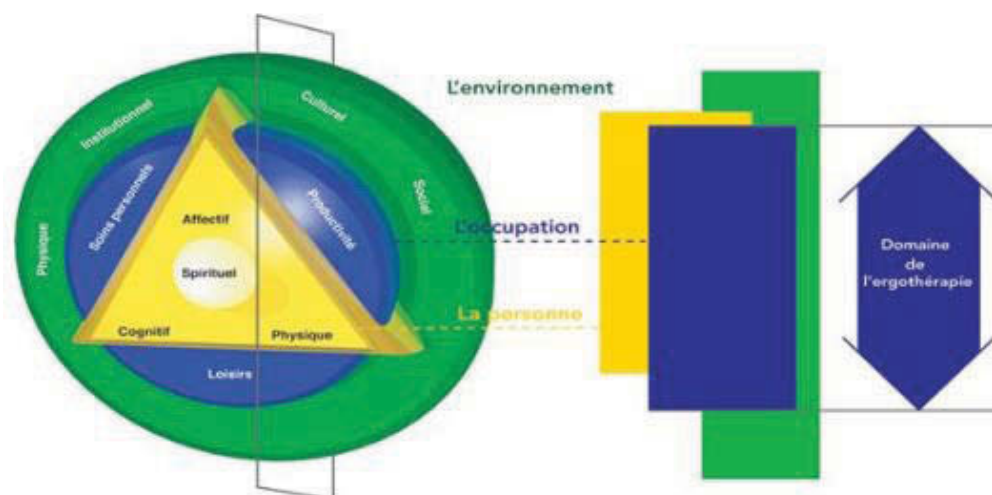


Figure 1. Figure 1.3 MCREO dans Townsend, E. A., Polatajko, H. J., & Craik, J. (2013).
Habiller à l'occupation – Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-

être et de la justice par l'occupation. Ottawa, ON, CAOT Publications ACE. p. 27. Inséré avec l'accord de CAOT publications ACE.

La personne est mise au centre du modèle et comporte quatre dimensions : cognitive, physique, affective et spirituelle (Townsend, Polatajko et Craik, 2013). La dimension cognitive réfère aux fonctions intellectuelles et cognitives qui permettent la réalisation de toute occupation, comme la concentration, l'attention, la mémoire, la perception, la capacité à raisonner et le jugement (Law et coll., 1997). La dimension physique comprend les fonctions motrices, sensorielles et sensorimotrices qui permettent l'action, c'est-à-dire ce qui permet la capacité d'agir dans la réalisation d'une occupation. La dimension affective touche les fonctions sociales et affectives, en lien avec les émotions vécues. La dimension spirituelle représente le caractère unique de l'être humain, c'est-à-dire ses croyances, ses valeurs, ses objectifs personnels et révèle ses sources de motivation et de détermination à réaliser des occupations et à faire des choix (Law et coll., 1997). Toutes ces dimensions de la personne apparaissent impliquées et sollicitées dans le CAF, qui est une intervention de groupe visant non seulement l'amélioration des capacités sensori-motrices et cognitives, mais aussi le développement d'un sentiment de compétence et de stratégies d'adaptation de l'utilisateur (Guimond et Vigneault, 2014). Il est d'autant plus pertinent de documenter la satisfaction et les impacts perçus par les usagers, tant positifs que négatifs, pour ces différentes dimensions. Par exemple, est-ce que le fait de travailler en groupe diminue la capacité de concentration des participants? À quel point la personne se sent-elle motivée à réaliser les activités de son programme dans le CAF?

Tout comme dans le CAF, l'occupation occupe une place cruciale au sein du MCREO. Les auteurs Law, Polatajko, Baptiste et Townsend (1997) offrent une définition-clé de l'occupation qui : « fait référence à l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification, p. 38 ». L'occupation comprend trois composantes : les soins personnels, la productivité et les loisirs. Les soins personnels correspondent à toute occupation que fait une personne pour prendre soin d'elle-même. La productivité réfère aux occupations qui contribuent au développement économique et social de la communauté. Les loisirs sont définis

comme étant les occupations en lien avec le divertissement. Dans le circuit d'activités fonctionnelles, les activités sont choisies et réalisées par les participants en fonction de leurs objectifs personnels et de leurs intérêts. En documentant la perception et la satisfaction des usagers face à cette méthode d'intervention et plus particulièrement en s'intéressant à l'aspect occupationnel, il sera possible de faire ressortir l'essence de l'ergothérapie, qui s'intéresse aux besoins d'un individu en matière d'occupation (Law et coll., 1997)

Enfin, l'environnement est le plus grand cercle représentant différents contextes dans lesquels l'individu vit et réalise ses occupations (Townsend, Polatajko et Craik, 2013). L'environnement inclut quatre composantes, soit physique, sociale, culturelle et institutionnelle (Law et coll., 1997). L'environnement physique représente tous les éléments naturels, comme une forêt, ou construits par l'être humain, tels qu'une maison ou un centre de réadaptation. L'environnement social comprend la famille, les amis, les collègues de travail, les autres patients, ou simplement la communauté en général. La composante culturelle représente les aspects ethniques, religieux ou routiniers faisant partie intégrante de groupes particuliers, en fonction de leur système de valeurs. La composante institutionnelle concerne les institutions sociales et politiques, comprenant des aspects économiques et sociaux. Dans la présente étude, les usagers du CAF pourraient, par exemple, rapporter des bénéfices ou des inconvénients par rapport à l'environnement physique, comme l'aménagement des salles de thérapie et le matériel utilisé, ou encore par rapport à l'environnement social caractérisé par la présence des intervenants et des autres participants.

Les concepts d'engagement et de rendement occupationnel décrits dans le MCREO sont le résultat du processus dynamique entre la personne, ses occupations et son environnement. Le concept du rendement réfère à l'exécution de l'occupation alors que l'engagement correspond plutôt à l'expérience subjective vécue par la personne à travers sa participation dans l'occupation (Law et coll., 1997). L'ergothérapie vise d'ailleurs « l'habilitation de la personne à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation : habilitier les personnes à effectuer les occupations qui favorisent leur santé ainsi que leur bien-être » (Townsend, Polatajko et Craik, 2013, p. 31). L'engagement implique tout ce que nous faisons « pour nous impliquer et nous investir », pour réaliser des occupations qui sont

signifiantes, en fonction de la valeur et de l'importance qu'on leur accorde (Townsend, Polatajko et Craik, 2013, p. 28). C'est donc de dire que l'engagement dans une occupation représente le niveau d'implication ou de participation dans la réalisation de celle-ci. Selon Townsend, Polatajko et Craik (2013), l'engagement dans une occupation peut être mesuré de différentes manières. Par exemple, on peut s'intéresser à la nature de l'engagement dans l'occupation, qui peut être active lorsque la personne réalise elle-même l'occupation, ou encore passive lorsqu'elle est accomplie par substitution. On peut aussi considérer l'intensité de l'engagement (c.-à-d. sporadique, irrégulière, versus constante), ainsi que l'étendue de l'engagement, impliquant que la personne est entièrement impliquée dans son occupation ou encore l'accomplit avec peu d'attention. En résumé, la notion d'engagement du MCREO prend tout son sens dans l'interaction entre les activités significatives effectuées par un individu dans un environnement défini. Comme le CAF cible la réalisation d'activités significatives priorisées par les participants, il est intéressant de documenter leur perception et leur satisfaction face à l'utilisation thérapeutique de ces activités. Aussi, il sera pertinent d'explorer si le fait que ces activités soient applicables dans leur quotidien favorise leur engagement dans celles-ci.

Le MCREO permet ainsi d'identifier différentes variables pertinentes à considérer pour documenter les bénéfices, les avantages et les désavantages du CAF perçus par la clientèle. La notion d'engagement peut aussi enrichir la compréhension de leur expérience vécue. Aussi, l'approche centrée sur le client, telle que préconisée par ce modèle, implique d'être à l'écoute des opinions du client et de s'assurer que ses désirs et ses besoins en matière de réadaptation sont respectés. En ce sens, le modèle justifie d'autant plus l'importance et la pertinence d'évaluer la satisfaction des usagers du CAF dans le cadre de la présente étude.

3.2 Modèle de qualité perçue des services

Le second modèle conceptuel ayant servi de base théorique lors de cette étude est le modèle de la qualité perçue des services (ADRLSSSS de Montréal, 2005). Ce modèle est utile afin de contribuer à la compréhension et à la définition du concept de satisfaction et de ses différentes composantes. Ce modèle décrit le concept de satisfaction comme faisant partie intégrante de la définition de la qualité perçue des services en fonction des attentes des usagers

(ADRLSSSS de Montréal, 2005). Autrement dit, « le concept de qualité des services est d'évaluer la satisfaction à partir des attentes des usagers, qui touchent trois secteurs importants des services sociosanitaires: relationnel, professionnel et organisationnel » (ADRLSSSS de Montréal, 2005, p.7).

Plus spécifiquement, le secteur relationnel correspond à la relation thérapeutique entre le professionnel et le client. Cette relation devrait être empreinte de respect de la personne ainsi que de confidentialité, politesse, écoute, équité et empathie (ADRLSSSS de Montréal, 2005). Dans toute relation thérapeute-client, le respect de la personne et de ses droits est un élément primordial, que ce soit en thérapie individuelle ou en groupe.

Le secteur professionnel fait quant à lui référence à « l'expertise qu'ont les intervenants pour bien répondre aux besoins des clients par l'utilisation de conseils, d'attitudes et de services appropriés » (ADRLSSSS de Montréal, 2005, p.9). Ce secteur inclut la notion de fiabilité, dans le sens où le système permet de « garantir à chaque usager l'utilisation de pratiques thérapeutiques sécuritaires et au moindre risque, assurant le meilleur résultat en termes de santé et de bien-être, conformément à l'état actuel des connaissances et pour la plus grande satisfaction de l'utilisateur ». La fiabilité, telle que décrite dans ce modèle, se réfère notamment à la compétence de l'intervenant, la ponctualité, la qualité des explications fournies sur les différents traitements ou interventions et l'utilisation d'équipements adaptés. Le secteur professionnel comprend aussi l'aspect de la responsabilisation, en ce sens où les services doivent permettre d'accroître le niveau d'autonomie de la personne, l'autodétermination, la prise de décision et la confiance en soi, tout en permettant également d'inclure la famille de l'utilisateur et de lui apporter du soutien au besoin. Par exemple, en lien avec le CAF, il est possible de se demander à quel point les participants sont satisfaits des enseignements et des explications fournis par les intervenants concernant leur programme d'intervention.

Le dernier secteur, soit le secteur organisationnel, réfère à l'organisation des services, à l'environnement et au contexte dans lequel sont réalisées les activités. Les principes suivants s'appliquent : la simplicité reliée autant aux personnes qu'aux équipements et au matériel

(ex. : que les intervenants adaptent leur langage afin de faciliter la compréhension des usagers et que le matériel choisi soit facile à comprendre et à utiliser), la continuité (c.-à-d. référant à la prise en charge de l'utilisateur et au continuum de services), l'accessibilité physique et géographique, la rapidité (ex. : pour l'obtention de renseignements ou de services) et, finalement, le confort (c.-à-d. sentiment de bien-être, sécurité des lieux, etc.) (ADRLSSSS de Montréal, 2005). Ce secteur permet de voir si des éléments organisationnels, comme la structure des interventions et des activités offertes, sont adéquats et répondent aux besoins et aux attentes des usagers. Par exemple, il serait pertinent de demander aux usagers du CAF si la fréquence des rencontres, la durée, le nombre de participants par groupe, le nombre d'activités ou le temps alloué à chacune des stations devraient être augmentés, diminués ou demeurer les mêmes.

4. MÉTHODE

4.1 Devis

Le devis de recherche utilisé pour cette étude est un devis descriptif qualitatif avec une approche phénoménologique. Ce devis met « l'accent sur la description d'un phénomène tel qu'il est rapporté et vécu par les participants » (Fortin, 2010, p. 275). Il est tout indiqué pour la présente étude puisque l'objectif est de documenter la perception et la satisfaction des usagers ayant participé au CAF. On s'intéresse alors à l'expérience particulière qu'ils ont vécue, en abordant les éléments qui les ont marqués et qui ont contribué à leur rendement ou leur engagement occupationnels, tel que décrit précédemment dans le cadre conceptuel.

4.2 Participants

4.2.1 Population cible

Comme le but de cette étude est de documenter la perception et la satisfaction des usagers du CAF, la population cible représente toute personne ayant subi un AVC qui est admise dans le CAF au programme de déficience motrice adulte du centre de réadaptation InterVal de Shawinigan. Pour être admise au CAF, la personne doit répondre à plusieurs critères de sélection dont : avoir subi un AVC dans les 12 derniers mois, présenter des incapacités sur le plan moteur et sensoriel aux membres supérieurs qui nuisent à la réalisation de ses habitudes de vie, démontrer une capacité d'apprentissage et un minimum d'autonomie pour être capable de réaliser les activités du programme sans nécessiter le besoin de supervision constante. De plus, la personne doit avoir un début de retour moteur (stade égal ou supérieur à 3/7 au test du *Chedoke-McMaster*) et doit démontrer un minimum de stabilisation au membre supérieur atteint selon les résultats du *Chedoke Arm and Hand Activity Inventory* (CAHAI-13) (Guimond et Vigneault, 2014).

4.2.2 Échantillonnage et procédures de recrutement

Afin de former un échantillon de participants qui soient en mesure de fournir des informations aussi valides que possible sur leur expérience lors du CAF, des critères d'admissibilité précis ont été établis et une méthode d'échantillonnage par choix raisonné a été utilisée (Fortin, 2010). Les critères d'inclusion sont les suivants : la personne devait avoir subi

un AVC et avoir participé au CAF durant une période d'au moins un mois, depuis moins d'un an au moment du recrutement. Également, le participant devait résider dans un rayon maximal de 120km, à partir du centre de réadaptation où est offerte l'intervention, afin que l'étudiante-chercheure puisse se rendre à son domicile pour la collecte des données. Les personnes étaient exclues si elles présentaient des difficultés cognitives graves ou des problèmes de communication importants limitant la participation à l'entrevue.

Un échantillon d'environ quatre à six personnes était visé afin d'obtenir des données préliminaires sur la perception et la satisfaction des usagers du CAF. Ce nombre avait été déterminé après discussion avec l'établissement partenaire, en considérant la population disponible au moment du recrutement et de la collecte des données dans le cadre du projet de l'étudiante-chercheure à la maîtrise professionnelle.

Les personnes répondant aux critères de sélection ont été répertoriées par la chef en réadaptation du centre de réadaptation InterVal, au point de services de Shawinigan, avec l'aide d'un ergothérapeute ayant offert les interventions dans le CAF. Toutes ces personnes ont été contactées, dans un premier temps, par une personne neutre qui ne fait pas partie du projet (c.-à-d. la coordonnatrice clinique), afin d'obtenir leur accord à ce qu'une étudiante-chercheure les contacte pour les informer de la présente étude.

Les personnes admissibles ayant donné leur accord ont ensuite été contactées par téléphone par l'étudiante-chercheure pour leur expliquer brièvement le projet. Puis, l'étudiante a rencontré à domicile les personnes intéressées, afin de leur expliquer le projet plus en détail, obtenir leur consentement écrit à participer à la recherche et procéder ensuite à l'entrevue.

4.3 Collecte de données

Les entrevues réalisées au domicile des participants ont été enregistrées sur bande audio et ont duré entre quarante-cinq minutes et une heure quinze minutes.

4.3.1 Outil d'évaluation

Le guide d'entrevue pour documenter les perceptions et la satisfaction des usagers du

CAF a été élaboré en considérant: 1) les objectifs et le cadre théorique ayant guidé la création du CAF; 2) le modèle conceptuel sur l'évaluation de la satisfaction et de la qualité perçue de services de santé (ADRLSSSS de Montréal, 2005) ainsi que le MCREO (Townsend, Polatajko et Craik, 2013) et, 3) les résultats de la recension des écrits sur les interventions impliquant l'entraînement par circuit de tâches fonctionnelles auprès de la clientèle ayant subi un AVC. Le guide d'entrevue comprend des questions ouvertes et des questions fermées incluant différentes échelles de réponses (voir annexe B). L'outil de mesure est divisé en trois parties. La première partie vise à recueillir des informations générales sur le participant (ex. : âge, temps depuis l'AVC, nombre de séances faites au circuit) alors que les deuxième et troisième parties documentent les perceptions et la satisfaction du participant à l'endroit du CAF. La deuxième partie est composée principalement de questions ouvertes laissant plus de place à la discussion sur les perceptions et les idées des participants concernant le CAF. La troisième partie prend la forme d'un court questionnaire avec des questions fermées et des échelles de réponse à différents niveaux pour documenter la satisfaction à l'égard des aspects organisationnel, professionnel et relationnel de l'intervention ainsi que les bénéfices perçus (ex. : à quel point êtes-vous satisfait des possibilités que vous avez eues d'échanger avec d'autres personnes?). Lors de l'entrevue avec le premier participant, les échelles de réponse (ex. : très satisfait, assez satisfait, etc.) étaient mentionnées verbalement en posant chaque question, mais l'étudiante-chercheuse a dû les répéter et réexpliquer à quelques reprises afin d'assurer la compréhension du participant. Afin de pallier à ces difficultés avec les participants suivants, il a été décidé de présenter visuellement chaque échelle de réponse afin de faciliter la passation du questionnaire.

4.3.2 Validation préliminaire de l'outil

Lors du développement initial de l'outil de mesure, une première ébauche avait été préparée par l'étudiante-chercheuse et sa directrice de recherche ayant une expertise clinique et de recherche auprès de la clientèle ayant un AVC. Par la suite, la rétroaction de deux intervenants impliqués dans le développement du CAF a été obtenue afin de vérifier la pertinence des questions et la validité du contenu. Lors de la passation de l'entrevue auprès des participants, l'étudiante-chercheuse s'est aussi assurée de la clarté et de la compréhensibilité des instructions et des questions et a pris des notes afin de suggérer des

révisions mineures au besoin, tel que mentionné dans la section 4.3.1. Les révisions faites au guide d'entrevue ont été d'utiliser des repères visuels pour poser les questions comportant des échelles de réponse ainsi que d'ajouter des exemples plus concrets pour la question 18c (voir l'annexe B).

4.4 Analyse des données

Les données issues des entrevues ont principalement été analysées de façon qualitative, sauf pour les informations sociodémographiques et les questions avec des échelles de réponse pour lesquelles les fréquences des réponses ont été calculées. À la suite de l'enregistrement des entrevues, les verbatim ont été transcrits intégralement par l'étudiante. Une fois les verbatim transcrits, l'analyse qualitative des données a été réalisée. Les unités de contenu significatives ont d'abord été codifiées selon une approche déductive, en partant des catégories du MCREO. Par la suite, une approche inductive d'analyse de contenu permettant de faire ressortir d'autres thèmes importants a été utilisée. Pour l'analyse des réponses au questionnaire (c.-à-d. partie C), la fréquence des réponses a été calculée pour chacune des questions et les commentaires-clés des participants se rattachant aux thèmes issus du modèle de la qualité perçue des services ont été ajoutés (voir l'annexe C pour la présentation des questions en lien avec le modèle de qualité perçue des services). Cette analyse a permis de dégager les principaux bénéfices de l'intervention perçus par les usagers, notamment sur les plans physique et social, de même que les points à considérer en vue de l'amélioration continue des services auprès des personnes ayant subi un AVC.

4.5 Considérations éthiques

Comme cette étude fait une incursion dans la vie privée des gens, en allant les interroger à domicile sur une intervention dont ils ont pu bénéficier, l'étudiante a été particulièrement vigilante face au respect des règles éthiques. Le protocole de recherche a été accepté par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) en date du 31 janvier 2014 (voir annexe D, numéro de certificat : CER-14-198-07.13). Il a également été approuvé par le comité d'évaluation scientifique du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation conjointement au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (voir annexe E et F) et par le comité d'éthique de l'Institut de réadaptation

en déficience physique de Québec (IRD PQ) (voir l'annexe G, numéro de certificat : 2014-365). Lorsque les participants ont été rencontrés, une lettre d'information leur a été distribuée pour les renseigner sur le but et la procédure de la recherche (voir annexe H). Ils ont également signé deux formulaires de consentement (de l'UQTR et de l'IRD PQ, voir les annexes I et J respectivement), lesquels comprennent les notions de confidentialité et soulignent la possibilité de se retirer en tout temps de l'étude s'ils le désirent. Afin de s'assurer que la collecte de données soit faite dans l'anonymat, un numéro a été attribué à chaque participant. Les dossiers et les enregistrements audio ont été gardés en sécurité dans un classeur verrouillé au bureau de la directrice de la recherche, Valérie Poulin, à l'UQTR. Les documents informatisés en lien avec cette étude ont également été protégés par un mot de passe. Les seules personnes y ayant accès sont Myriam Thiffeault et sa directrice de recherche Valérie Poulin. Les données seront détruites deux ans après la fin du projet de maîtrise de l'étudiante (fin prévue en décembre 2014) et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

5. RÉSULTATS

La section suivante présente les caractéristiques des participants ainsi que les résultats obtenus lors des entrevues portant sur leurs perceptions et leur satisfaction à l'égard du CAF.

5.1 Description des participants

Parmi les neuf personnes initialement identifiées par la chef de programme du centre de réadaptation InterVal de Shawinigan, trois personnes correspondant aux critères d'inclusion ont pu être rejointes et ont accepté de participer. Afin de recueillir le point de vue d'un plus grand nombre d'utilisateurs du CAF, il a aussi été jugé acceptable d'assouplir légèrement l'un des critères d'inclusion, soit le temps écoulé depuis la fin de la participation au CAF, afin d'inclure un quatrième participant ayant complété cette intervention il y a un peu plus d'un an (c.-à-d. environ 15 mois). Les caractéristiques de ces quatre participants sont présentées dans le tableau 1. La moitié des participants sont âgés de moins de 60 ans et l'autre moitié est âgée entre 60 ans et 70 ans. Tous les participants vivent actuellement à domicile, deux y vivant seul et les deux autres avec leur conjoint. Deux des quatre participants ont repris leur travail antérieur après leur AVC, alors que les deux autres ne l'ont pas repris.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et liées au circuit d'activités réalisé par les participants

Caractéristiques	Nombre (N=4)
SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	
Sexe	
Homme	3
Femme	1
Âge	
Moins de 60 ans	2
Entre 60 et 70 ans	2
Type d'AVC	
Ischémique	2
Ne sait pas	2
Côté de l'AVC	
Droit	4
Gauche	0
Type de milieu de vie	
Domicile	4
Environnement social	
Vit seul(e)	2
Vit avec son conjoint	2
Occupation principale	
A repris le même travail qu'avant l'AVC	2
N'a pas repris le travail	2
LIÉES AU CIRCUIT D'ACTIVITÉS FONCTIONNELLES	
Nombres de séances complétées	
Entre 5 et 10	2
Plus de 10	2
Temps écoulé depuis l'AVC avant de participer au circuit	
Moins de 3 mois	2
Entre 6 à 8 mois	1
Ne sait pas	1

5.2 Perception de l'expérience vécue, des bénéfices et des inconvénients du circuit d'activités fonctionnelles

La première partie de l'entrevue réalisée principalement à l'aide de questions ouvertes a permis d'explorer l'expérience vécue par les participants et de documenter leur perception des bénéfices et des inconvénients du circuit. Le contenu des réponses des participants a été classé selon les composantes du modèle MCREO (Townsend, Polatajko et Craik, 2013), en faisant ensuite ressortir d'autres sous-thèmes ayant émergé des réponses.

5.2.1 Dimensions de la personne

5.2.1.1 Dimension physique

Les participants ont rapporté certaines améliorations perçues à la suite de leur participation au CAF pour plusieurs aspects de la dimension physique, soit la force musculaire, l'endurance, la dextérité et l'équilibre.

Force musculaire. Deux participants ont mentionné que les activités réalisées les avaient aidés à améliorer leur force musculaire : « *Disons que pour moi c'était positif. C'est dans le sens que j'ai senti que ce qu'ils me faisaient faire, ça m'a amené un peu plus de force (P2)* ». Ce participant ajoute aussi qu'il a appris à faire des exercices, à prendre et à soulever des objets du sol de façon sécuritaire. Le commentaire d'un autre participant illustre également l'amélioration de la force : « *Ils t'amènent à faire une routine, pis tout le temps la même, la répéter, la répéter, la répéter pis on retrouve des forces (P4)* ». Il précise toutefois que la récupération de la force est liée à tout son processus de réadaptation et non uniquement au CAF.

Endurance. Deux participants ont aussi révélé que le circuit leur avait permis d'avoir plus d'endurance, tel qu'illustré par ces propos : « *Je suis plus capable d'endurer. Quand tu te lèves les bras dans les airs, c'est pas évident (P4)* ».

Dextérité. Deux participants ont trouvé que le circuit leur avait permis de développer leur dextérité, notamment en faisant des activités telles que barrer/débarrer un cadenas, couper du papier avec un coupe-ongle en suivant une ligne droite, tel qu'illustré dans les extraits

suivants : « *C'était bon, ça probablement développé ma dextérité dans ma main (P1)* », « *c'est plus pour la dextérité pis la finesse. Aller chercher de la finesse. . . (P4)* ».

Équilibre. Trois participants ont également fait des liens entre les activités pratiquées au circuit et l'amélioration de leur équilibre, bien que ce ne soit pas l'élément principalement travaillé dans l'intervention : « *faire du ménage, plier du linge, lever des poids, je me mettais accroupie et remonter sans trop perdre l'équilibre (P2)* ». La plupart mentionnaient qu'ils n'avaient pas retrouvé leur équilibre comme avant l'AVC. « *C'est sûr que j'ai pas mal plus d'équilibre qu'avant là. J'ai eu une grosse amélioration encore, mais pas complètement (P1)* », « *L'équilibre n'est jamais revenu. . . Là on en a repris un peu (P4)* ».

5.2.1.2 Dimension affective

Confiance. Le sentiment de confiance à réaliser ses activités quotidiennes est le principal bénéfice perçu concernant la dimension affective. Lors de la passation du questionnaire, les participants ont mentionné être très confiants (n=3) ou assez confiants (n=1) de pratiquer dans leur quotidien les activités qu'ils ont réalisées en thérapie et être confiants d'utiliser leur bras atteint dans leurs tâches quotidiennes.

5.2.1.3 Dimension spirituelle

Atteinte de buts personnels. Tous les participants ont rapporté que les activités du circuit répondaient à des besoins prioritaires pour eux : « *c'était prioritaire pour retourner à la job (P4)* ». Deux d'entre eux ont mentionné que l'objectif principal qu'ils travaillaient au circuit représentait quelque chose d'important pour eux. Un participant précise, en parlant du travail : « *Ben c'est important. Tsé tu es utile à quelque chose. . . Autrement tu restes toujours à la maison. . . S'occuper d'une maison c'est pas valorisant ben ben. Aller travailler, ben là ça c'est pas pareil (P1)* ». L'autre personne indique : « *c'était de revenir le plus autonome possible. Ça me tentait pas d'être aux crochets de tout le monde. . . être capable de me débrouiller tout seul (P2)* ».

Motivation et engagement dans l'intervention. En répondant au questionnaire, les participants ont rapporté être très motivés (n=3) ou assez motivés (n=1) à réaliser les activités

de leur programme dans le circuit d'activités fonctionnelles. Parmi les quatre participants, deux ont rapporté être très motivés à appliquer le programme à domicile tandis qu'un était assez motivé et l'autre était peu motivé.

De plus, une personne a rapporté qu'aller au circuit l'aidait à cheminer dans son processus de réadaptation. : « *En obligeant le monde à aller au circuit, ça donne un petit coup de pied dans le derrière pour avancer (P3)* ». Une autre ajoute que chacun doit décider de la manière dont il veut travailler, en fonction de sa volonté. « *Si tu veux augmenter, c'est toi qui vas augmenter. Si tu ne veux pas augmenter, ben tu fais rien. . . Selon la volonté que tu veux. . . Eux autres y te disent fait ci, fait ça, mais si tu le fais pas, c'est toi qui vas payer (P4)* ».

5.2.2 Domaines de l'occupation sollicités par le CAF

Activités de la vie quotidienne et de la vie domestique. Tous les participants ont rapporté avoir fait des activités de la vie quotidienne et de la vie domestique dans le circuit, comme s'habiller, préparer un repas ou une collation ou plier du linge. Comme le mentionne un des participants, c'est « *dans le fond de reproduire qu'est-ce qu'on fait au quotidien (P3)* ».

Activités reliées au travail. Deux des participants ont réalisé des activités reliées spécifiquement à leur travail, comme le mentionne l'un d'eux : « *Vu que moi je voulais aller travailler en entretien ménager, elle me faisait travailler . . . avec une vadrouille avec un poids dessus. Je faisais comme si je lavais le plancher (P1)* ». Un autre participant ajoute : « *Je faisais toute des affaires que je faisais à la shop. Promener avec un plateau, l'ordinateur, remplir les données (P4)* ».

Activités de loisirs. Bien que les participants n'aient pas verbalisé spécifiquement avoir réalisé des activités de loisirs lors du CAF, l'un d'eux a mentionné qu'il effectuait des activités manuelles en lien avec ses intérêts personnels comme « *se servir d'outils manuels parce que disons que c'était surtout ça que je voulais aussi (P2)* ».

5.2.3 Environnement

Les participants ont rapporté plusieurs points positifs et quelques inconvénients

potentiels ou aspects à améliorer concernant l'environnement physique et social du CAF.

5.2.3.1 Environnement physique

Matériel. Un participant a fait mention que le matériel choisi aurait pu être mieux adapté de manière à reproduire plus fidèlement la réalité : « *Moi j'aurais pris une vraie moppe avec une chaudière . . . que tu peux essorer la moppe, comme quand tu travailles en entretien ménager (P1)* ». Il ajoute aussi « *mais je pense qu'elle ne l'avait pas. . . Ça lui aurait sûrement fait plaisir de me la donner* ».

5.2.3.2 Environnement social

Relativiser sa situation en se comparant aux autres. Trois des participants ont abordé le fait que les interventions en petits groupes leur permettaient de se comparer aux autres et, ainsi, de relativiser leur situation par rapport à d'autres personnes plus gravement atteintes :

« *Ça me poussait à m'améliorer plus on dirait. . . Parce que je ne voulais pas y rester. Je voulais revenir (P1)* », « *Moi je me suis dit que j'étais ben chanceux de ne pas avoir été si affecté que ça (P1)* »

« *ce que ça m'a fait, c'est que je me suis trouvé chanceux, pis que ça aurait pu être pire que ça (P2)* »

« *Mes manques sont pas si pires que ça. À comparé à d'autres là, on se compte chanceux (P4)* ».

Le quatrième participant a aussi pu relativiser sa situation en travaillant en groupe et en prenant conscience que d'autres personnes vivaient la même situation : « *on voit qu'on est pas les seuls dans ce cas là (P3)* ».

Briser l'isolement. Trois des participants percevaient aussi que de faire des activités en groupe permettait de briser l'isolement et la solitude en discutant avec les autres, ou simplement en les écoutant:

« *Ça faisait un avantage à un moment donné, au lieu d'être comme dans les autres traitements, tout seul avec l'intervenant . . . c'était un deux heures qui était le fun. On pouvait se permettre de faire un petit peu de farces et de jokes avec le personnel, puis en même temps, si on peut dire, rire de nous autres aussi (P2)* »

« *Pis en même temps, interagir avec le monde, faire du social. . . ça casse la*

solitude (P3) ».

Contrer la gêne et la crainte du jugement des autres. Deux des participants ont cependant mentionné avoir ressenti de la gêne au départ, dans les premières séances du circuit, mais que cette gêne s'est rapidement estompée: « *Au début on est gêné, mais après ça on communique un peu ensemble. . . pourquoi tu as fait ça. Ça, j'ai trouvé ça bien qu'on en arrive là (P3) »*, « *La première fois que t'arrives à une place c'est normal, tout le monde est gêné. Que ce soit qui que ce sera quand t'arrives à une place, il faut que tu t'intègres (P4) »*. Les propos de ces deux personnes suggèrent aussi que la gêne peut être liée à la crainte du regard de l'autre face à leurs incapacités:

« Quand on sait qu'on a des faiblesses à telle place, on peut avoir honte de nous autres. C'est ça qui est le plus dur. . . Parce que tout le monde te regarde là. Ils font leurs affaires, mais ils te regardent pareille (P4) »

« C'est peut-être gênant pour la personne si elle salive d'un bord ou si je sais pas, elle a des flatulences. Il faut aussi que la personne apprenne à passer par-dessus ça. C'est pas de sa faute (P3) ».

Deux des participants mentionnent d'ailleurs que, bien qu'ils n'aient jamais porté de jugement envers les autres, le fait d'être en groupe pourrait laisser place à ce genre de situations. Un participant précise toutefois: « *J'avais même pas peur de me faire juger par les autres. . . Chacun fait ce qu'il a à faire, pis le reste ça pas d'importance. Puis moi, je suis allé là pour moi (P2) »*.

Égalité. Un participant appréciait aussi que même en groupe, tout le monde était considéré sur le même pied d'égalité, peu importe la condition physique de la personne. L'extrait suivant démontre bien ces propos: « *Puis au niveau des intervenants, je n'ai pas senti que personne n'était préféré à une autre. On était tous sur le même pied d'égalité (P2) »*.

Motivation liée à la présence des autres. Un des participants a mentionné qu'être en groupe lui apportait de la motivation afin de se surpasser: « *Parce que je me dis que je suis capable moi aussi. J'ai un petit peu de l'orgueil. Quelqu'un qui est orgueilleux, ben il va être plus fonceur en groupe. Qui est capable de prouver aux autres qu'il est capable lui aussi (P3)»*. Un participant discute aussi du fait qu'en groupe, il lui est arrivé d'avoir des

encouragements de la part des autres participants : « *Que le monde se mette ensemble, c'est encourageant. Ils t'encouragent . . . c'est arrivé une fois ou deux que le monde ont dit " c'est bien, c'est bien!" " (P4) ».*

Partage d'informations. Un participant rapporte aussi qu'être en groupe donne l'opportunité d'échanger des informations utiles et de poser plus facilement des questions aux personnes concernées. Le verbatim suivant illustre ce thème : « *Si la personne s'inscrit à des activités, ben ça fait que le bouche-à-oreille. . . Si des fois tu es gêné de demander, ben là tu peux placoter un peu (P3) ».*

5.2.4 Rendement occupationnel

Tous les participants ont révélé que le circuit leur avait permis d'atteindre leurs objectifs de départ en ce qui concerne l'amélioration de leur fonctionnement dans leurs occupations. Le verbatim suivant illustre cette idée :

« *C'est que je me suis amélioré. C'est le point positif. J'allais là pour ça, puis c'est ça que ça a fait aussi [...] je suis presque fonctionnel complètement (P1) »*
 « *si je regarde aujourd'hui, j'ai pratiquement retrouvé mon autonomie à 100 % (P2) »*
 « *aujourd'hui je me rends compte que finalement je fais ma couette haute, pis je me débrouille je suis toute seule dans un appartement (P3) »*
 « *je suis retourné au travail, ça été bénéfique (P4) ».*

Un des participants précise cependant que tout le processus de réadaptation dans son ensemble a contribué à l'amélioration de son état. Par ailleurs, une personne mentionne aussi qu'elle aurait préféré continuer les séances du CAF pour s'améliorer encore plus : « *D'après moi y'en restait encore. J'aurais pu continuer encore. Disons que j'aurais pu m'améliorer encore plus (P2) ».*

Finalement, lorsque questionnés sur leur niveau d'autonomie lors de la réalisation de leur programme d'activités dans le CAF, tous les participants ont répondu qu'ils se sentaient assez autonomes.

5.2.5 Engagement occupationnel

Généralisation dans les activités quotidiennes. Tous les participants ont rapporté qu'ils réalisaient chaque jour les activités faites au CAF, mais particulièrement les activités du quotidien, comme la préparation de repas, faire la vaisselle, le ménage, tel qu'illustré par le verbatim suivant : *« Je me force des fois à prendre la main gauche. . . Je me lève le matin pis si j'ai affaire à prendre ma pâte à dents je vais la prendre du côté gauche. . . Si je serre la vaisselle, je vais prendre le côté gauche. Donc, ma tasse de café qui est pleine, je vais la prendre avec le côté gauche (P3) »*. Un participant rapporte toutefois que les activités manuelles nécessitant du matériel précis sont plus difficiles à réaliser à domicile.

Influence de la fatigue. Un participant a révélé qu'il n'avait pas réalisé aussi fréquemment que souhaité les activités du CAF à la maison en raison de la fatigue, qui affectait aussi sa motivation :

« C'est vrai que peut-être si j'en avais fait un petit peu plus à la maison aussi, ça aurait été mieux. . . Je dirais peut-être 75 % que je faisais à domicile, par paresse ou d'autres choses à faire. . . Le circuit c'était une fois par semaine, mais j'allais deux trois fois pour d'autres choses. Puis disons que quand je revenais le soir, j'étais fatigué. Fack j'étais ben plus porté à regarder la télévision, pis m'asseoir bien tranquille que de faire des exercices (P2). »

5.3 Satisfaction des participants à l'égard des aspects organisationnel, professionnel et relationnel de l'intervention reçue

Les résultats qui suivent concernent les questions sur la satisfaction des participants à l'égard du circuit, en se basant sur les trois secteurs issus du modèle de la qualité perçue des services, soient les secteurs organisationnel, professionnel et relationnel (voir l'annexe C pour la présentation des questions en lien avec le modèle et l'annexe K pour les résultats du questionnaire). Certains commentaires-clé et précisions émis par les participants en répondant aux questions à choix de réponse sont aussi intégrés pour enrichir et clarifier les résultats. Globalement, tous les participants ont mentionné être très satisfaits ou assez satisfaits de leur participation dans le CAF.

5.3.1 Secteur organisationnel

Tous les participants étaient d'avis que le nombre de personnes dans le groupe (soit de

2 à 6) et le temps alloué par station devraient rester les mêmes, mais que la fréquence des rencontres (soit une fois par semaine) devrait être augmentée à environ deux fois par semaine, tel qu'illustré par les commentaires suivants:

« C'est pas assez. Moi je me pratiquais à la maison, mais j'suis pas sûr qu'ils le faisaient toutes par exemple. . . au moins deux fois par semaine. Ben oui. Parce qu'une fois par semaine, tu vas reperdre qu'est-ce que tu as fait. . . si tu le fais juste une fois par semaine (P1) »

« Elle pourrait être augmentée, mais. . . il y a toujours la fameuse question de conflit d'horaire. Puis il y a tout le problème de personnel (P2) », « ça devient personnel à chacun, suivant le besoin (P2) »

« Moi c'est sûr augmentée. Je me dis que plus on travaille, plus qu'on s'améliore (P3) », « Moi je dirais au moins deux fois par semaine au moins. C'est sûr qu'ils n'ont pas tout le temps le temps selon les horaires là, mais dans le meilleur des mondes oui, ça serait deux fois par semaine (P3). »

« Au moins 2-3 fois par semaine. Le gouvernement a peut-être pas d'argent (P4) ».

Pour ce qui est de la durée des séances (soit d'une heure), la moitié des participants ont affirmé qu'elle devrait être augmentée, alors que les autres ont affirmé qu'elle devrait rester la même.

Une personne était d'avis que le nombre d'activités pratiquées à chaque séance devrait être augmenté, alors que les trois autres ont indiqué qu'il devrait rester le même :

« Si tu en rajoutes, va falloir que tu rajoutes le temps. Ben oui, on pourrait ben en rajouter pareil (P1) »

« ça aussi ça devient individuel, personnel à chacun, suivant l'évolution de chacun (P2) »

« Ben moi j'avais pas le temps de tout faire. Il fallait que je me dépêche. mais...non, moi ça été correct je trouve (P3) »

« Si on augmente le temps, on peut augmenter là. Mais, en une heure, faut que ça reste les mêmes. Tu n'as déjà pas le temps de toutes les faire (P4) ».

Tous les participants ont mentionné que le fait de travailler en groupe ne diminuait pas leur capacité à se concentrer et que le changement d'une station de travail à l'autre n'était pas mélangeant : *« J'ai pas trouvé ça mélangeant. C'est sûr que je posais des questions. . . il fallait que je me souviens de comment on me l'avait montré (P3) ».*

Trois des quatre participants ont affirmé que le niveau d'encadrement fourni par les

intervenants lors des séances devrait rester le même, alors qu'une personne a mentionné qu'il devrait être augmenté. Cette dernière précise toutefois que

« par augmenté, je veux dire par là, si y'avait après un genre de rencontre d'évaluation, un compte rendu après chaque rencontre pour échanger . . . si on avait eu un 5-10 minutes que l'intervenant peut dire : bon, si je compare avec la semaine passée, ça, ça peut être amélioré, ça, c'est moins bon, ou ça tel point c'est correct (P2) ».

Une autre personne affirme *« qu'il y avait tout le temps quelqu'un avec nous qui nous guidait quand on avait des questions. C'était bon (P3). ».*

Un des participants rapporte qu'il aurait préféré rencontrer l'ergothérapeute de manière individuelle plutôt qu'être en groupe, mentionnant que le service individuel est meilleur. Il a cependant constaté, une fois après avoir débuté le CAF, que c'était adéquat : *« Quand bien même qu'elle serait restée à côté de moi quand je coupe la plasticine, c'est moi qui la coupe (P1) ».*

La majorité des participants (trois sur quatre) jugent qu'il serait pertinent et nécessaire d'avoir du temps lors des rencontres pour discuter de sujets reliés à l'AVC, comme les signes avant-coureurs, les bonnes habitudes de vie, la gestion du stress et la fatigue. Un participant demande d'ailleurs : *« Un AVC, peux-tu faire ça deux fois? (P2) ».* Un autre participant rapporte avoir été conscientisé aux signes et symptômes précurseurs de l'AVC, mais ajoute toutefois qu'il aurait aimé recevoir davantage d'informations sur les différents programmes offerts, comme le service externe de main-d'œuvre spécialisé (SEMO), ou des activités possibles à faire une fois l'intervention terminée : *« Quand on sort d'InterVal, on est-tu lâché à nous-mêmes?. . . Il y a-tu quelqu'un qui peut m'aider à l'extérieur si y'arrive de quoi? (P3) ».*

5.3.2 Secteur professionnel

Tous les participants étaient très satisfaits ou assez satisfaits (la moitié respectivement) des enseignements et des explications reçus par les intervenants concernant leur programme d'intervention. Une personne précise que c'est *« dépendant de la personne qui enseigne (P3) ».* Un des participants mentionne également avoir fait confiance au personnel, qu'il juge

comme étant qualifié:

« On arrive là pis on ne connaît rien... On fait confiance au personnel, ben en tous cas moi je leur ai fait confiance. Pis j'ai fait ce qu'ils me disaient. Est-ce que quelque chose aurait été mieux? Je le sais pas. (P2) ».

5.3.3 Secteur relationnel

Tous les participants étaient très satisfaits de la qualité de leur relation avec les intervenants du circuit, comme le respect, l'écoute et la confidentialité : *« C'était nous autres qui racontait notre histoire, c'était pas l'intervenant qui racontait l'histoire de l'autre. Chacun était respecté (P2) »*. Tous les participants étaient très satisfaits ou assez satisfaits (la moitié respectivement) des possibilités qu'ils ont eues d'échanger avec d'autres personnes dans le circuit :

« Je les écoutais surtout. Je parlais pas de moi beaucoup, parce que y'avaient besoin de beaucoup, de beaucoup d'écoute [...] J'ai pas échangé fort fort (P1)»
« en faisant nos activités on pouvait parler pis poser nos questions (P2) »
« j'aurais aimé poser plus de questions [...] Qu'on apprenne plus à se connaître. C'est sûr c'est pas tout le monde qui veulent raconter leur vie, mais il faut respecter ça aussi. (P3) » .

6. DISCUSSION

Cette étude a permis de recueillir des données préliminaires sur la perception et la satisfaction des personnes ayant subi un AVC à l'égard d'une intervention de groupe novatrice développée au CRDPI de la Mauricie et du Centre-du-Québec et consistant en un CAF. Pour ce faire, un guide d'entrevue pour l'évaluation de la satisfaction des participants a d'abord été élaboré. Les données recueillies sont pertinentes dans un processus d'amélioration de la qualité des services rendus et permettent de faire ressortir les éléments de satisfaction et d'insatisfaction rapportés par les participants de même que les bénéfices perçus en lien avec les dimensions de la personne, de l'occupation, de l'environnement, du rendement et de l'engagement occupationnels.

6.1 Améliorations perçues par les participants

Les améliorations perçues par les participants touchent principalement le rendement occupationnel et les dimensions de la personne, particulièrement l'aspect physique. Les changements dans la dimension physique, comme l'amélioration de la dextérité, la force et l'endurance, corroborent d'ailleurs les résultats d'une étude antérieure où des améliorations significatives des habiletés de la main avaient été rapportées à la suite de la participation à un circuit d'entraînement du membre supérieur (Blennerhassett et Dite, 2004).

Un autre bénéfice rapporté par les participants, cette fois en lien avec la dimension spirituelle, concerne l'atteinte d'objectifs prioritaires pour eux, comme le retour au travail par exemple. Ces résultats diffèrent de ceux de l'étude de Lynch et ses collaborateurs (2008) où les participants trouvaient que les interventions individuelles répondaient mieux à leurs objectifs personnels que le circuit d'activités en groupe (Lynch et coll., 2008).

Notons que les améliorations perçues par les participants sur le plan de la dimension physique et du rendement et de l'engagement occupationnels concordent bien avec les objectifs du CAF, soit le développement de l'autonomie personnelle, des capacités sensori-motrices et de l'endurance (Guimond et Vigneault, 2014).

6.2 Avantages et inconvénients de l'approche de groupe

Les participants de l'étude ont rapporté différents avantages liés à la présence des autres membres du groupe pour se comparer, se soutenir et comme source d'interaction pour briser l'isolement. Plus spécifiquement, ils ont affirmé que le fait de se comparer aux autres personnes ayant un AVC pouvait les motiver davantage et leur permettre de relativiser leur situation. D'autres études ont suggéré que se comparer aux autres pouvait entraîner des effets à la fois positifs et négatifs, dont l'étude de Morris et Morris (2012), documentant l'expérience de patients et de leurs aidants ayant participé à un groupe de soutien par les pairs, ainsi que l'étude de Maclean, Pound, Wolfe et Rudd (2000) explorant les facteurs pouvant influencer la motivation des personnes ayant subi un AVC en contexte hospitalier de réadaptation. Dans la présente étude, bien que les participants aient soulevé que le contexte de groupe pouvait potentiellement amener à porter des jugements sur les autres, aucun d'eux n'a perçu une telle problématique spécifiquement au CAF. Certains participants ont vécu une certaine gêne en présence des autres lors des premières rencontres, mais ils ont réussi à surmonter cette gêne par la suite. Il s'agit néanmoins d'un élément pour lequel les intervenants doivent continuer à demeurer vigilants. Par ailleurs, malgré la présence d'autres membres dans le groupe, les participants ont rapporté que cela n'interférait pas avec leurs capacités à se concentrer.

Le fait que certains participants se sentaient plus motivés par la simple présence des autres personnes, qui les aidait à surmonter des défis ou leur permettait de recevoir des encouragements, suggère que cette approche peut représenter une bonne source de soutien. Ces résultats concordent d'ailleurs avec ceux de l'étude de Lynch et ses collaborateurs (2008), qui rapporte que le circuit amenait aux participants un environnement supportant et que cela favorisait l'augmentation de la confiance en soi. L'étude de Morris et Morris (2012) a aussi révélé que les participants appréciaient le fait que les membres du groupe prenaient soin les uns des autres. Par conséquent, faire des activités en groupe permet un environnement favorable à recevoir et donner des encouragements entre les participants. Selon Proot, Crebolder, Abu-Saad, Macor et Ter Meulen (2000), recevoir des encouragements positifs aiderait les personnes à devenir plus activement impliquées dans leur réadaptation et à percevoir leurs incapacités plus positivement.

Travailler en groupe permet aussi d'échanger avec les autres, que ce soit simplement de les écouter, de rire ou de discuter. L'étude de Schouten et ses collaborateurs met d'ailleurs l'accent sur l'impact positif des interactions sociales rapporté par les participants (Schouten, Murray et Boshoff, 2011). Comme l'un des participants de notre propre étude l'a aussi rapporté, ces échanges peuvent donner lieu à un partage d'informations complémentaires concernant leur réadaptation, par exemple sur les ressources disponibles pour réaliser des loisirs dans la communauté. Dans l'étude de Morris et Morris (2012), les participants ont aussi rapporté que leurs pairs pouvaient leur apporter des conseils concernant les services accessibles. Les personnes qui subissent un AVC sont d'ailleurs à risque de vivre de l'isolement social, ce qui peut apporter un sentiment de colère ou de frustration (Burton, 2000). Comme l'ont rapporté la majorité des participants de la présente étude, le fait de travailler en groupe peut contribuer à briser cet isolement.

6.3 Favoriser l'engagement occupationnel à domicile et dans la thérapie

Le fait que tous les participants aient rapporté un niveau de motivation élevé à réaliser les activités de leur programme au CAF suggère un bon engagement dans leur thérapie. Selon MacDonald, Kayes et Bright (2013), les facteurs facilitant l'engagement dans la réadaptation sont entre autres, l'inclusion des personnes dans l'établissement des buts et objectifs, la réadaptation personnalisée, l'éducation sur les conséquences de l'AVC et sur leur réadaptation, la participation dans des tâches familiales et significatives, la pratique centrée sur le client et le fait de recevoir de la rétroaction. La plupart de ces principes sont d'ailleurs appliqués dans le CAF où la personne réalise des activités fonctionnelles choisies en fonction de ses buts (Guimond et Vigneault, 2014).

Dans la présente étude, la majorité des participants rapportent aussi pratiquer les activités du CAF à domicile, particulièrement s'il s'agit d'activités facilement reproductibles dans le quotidien, comme faire la vaisselle, faire la préparation de repas, couper les aliments, utiliser des ustensiles, un verre, etc. Cet élément concorde avec un des objectifs du circuit, qui est « que l'utilisateur intègre ses apprentissages dans son milieu de vie, p. 9 » (Guimond et Vigneault, 2014). Toutefois, il demeure important d'être à l'affût de certaines barrières potentielles à la mise en application des activités thérapeutiques à domicile, comme le

sentiment de fatigue révélé par un des participants.

6.4 Satisfaction des participants en fonction des aspects organisationnel, professionnel et relationnel de l'intervention

Globalement, les résultats de l'étude font bien ressortir que le concept de la satisfaction est unique à l'expérience vécue par les gens (Mangset et coll., 2008) et qu'il est multidimensionnel (Naidu, 2009). Par exemple, des facteurs comme les interactions sociales, l'approche centrée sur le client, l'éducation concernant la réadaptation, la structure des thérapies, la pertinence des activités réalisées en fonction des besoins des participants, le soutien reçu et le fait de voir des améliorations du fonctionnement viennent influencer positivement ou négativement la satisfaction des participants, tel que corroboré par l'étude de Tomkins et ses collaborateurs (2013).

Les commentaires des participants suggèrent un niveau élevé de satisfaction face aux aspects organisationnels de l'intervention. Les deux seuls points relevés par les participants qui nécessiteraient un changement concernent l'augmentation de la fréquence des interventions à au moins deux fois par semaine (unaniment) et l'ajout de séances d'éducation sur l'AVC (majoritairement). En lien avec la fréquence d'intervention, les recommandations canadiennes suggèrent que les personnes ayant subi un AVC bénéficient de 45 minutes à trois heures par jour de thérapie, trois à cinq jours par semaine, en fonction de leurs besoins individuels (Dawson et coll., 2013). Comme mentionné précédemment, il faut également tenir compte de l'application possible des activités thérapeutiques à domicile et considérer que certains participants du circuit recevaient d'autres interventions (ex. : interventions en physiothérapie), ajoutant ainsi du temps de traitement et augmentant l'intensité. Par contre, il faut aussi tenir compte des contraintes budgétaires et du personnel disponible, ce dont les participants étaient conscients. Par rapport à l'éducation, les participants ont exprimé un besoin de recevoir des informations au sujet de l'AVC, de manière à mieux comprendre leur situation et mieux la gérer, ce qui correspondrait à un des objectifs du CAF, soit que « l'utilisateur comprenne sa condition et les conséquences de l'AVC, p. 9 » (Guimond et Vigneault, 2014). Ce besoin d'informations est aussi ressorti de l'étude de Schouten et ses collaborateurs (2011). Il est aussi à noter que l'éducation des patients sur leur

AVC et leur réadaptation les aiderait aussi possiblement à devenir plus engagés dans leur processus de réadaptation (MacDonald et coll., 2013).

Les participants ont aussi démontré un degré de satisfaction élevé quant au secteur professionnel, notamment pour les enseignements et les explications reçus en lien avec leur programme d'exercices. Selon Maclean et ses collaborateurs (2000), les personnes qui comprennent le raisonnement thérapeutique derrière les modalités d'intervention seront plus susceptibles d'atteindre leurs objectifs, notamment parce qu'ils seront plus en mesure de constater par eux-mêmes leurs progrès. En prenant cela en considération, une intervention de groupe peut être très bénéfique, pourvu que les personnes comprennent bien le fondement des objectifs travaillés et qu'ils reçoivent suffisamment d'informations, tel que cela était fait pour la présente intervention. Les participants ont également démontré un niveau de satisfaction élevé concernant le secteur relationnel. Les résultats les plus élevés de satisfaction concernent la qualité des relations avec les intervenants du circuit.

6.5 Implications pour la pratique ergothérapique

6.5.1 Une approche prometteuse

Étant donné que les participants ont rapporté peu d'inconvénients à travailler en groupe et qu'ils étaient tous assez ou très satisfaits de leur participation, l'utilisation d'un CAF apparaît être une forme d'intervention pertinente pour augmenter l'intensité de traitement en ergothérapie, tout en utilisant de manière efficiente les ressources limitées. Cette approche pourrait représenter une alternative possible à certains traitements individuels. Également, les bénéfices perçus en lien avec la dimension de la personne (ex. : amélioration de la dextérité, de la force, de l'endurance et de la confiance), et ceux reliés à l'environnement social (ex. : briser l'isolement, relativiser sa situation, stimuler sa motivation) suggèrent que cette approche prometteuse pourrait possiblement apporter des avantages additionnels pour le client. De plus, l'utilisation de cette méthode peut permettre une prise en charge plus rapide du client, dans un contexte où l'attente est souvent présente et qu'une réadaptation précoce est bénéfique du point de vue de la récupération motrice, ce qui concorde avec les objectifs du CAF (Guimond et Vigneault, 2014). Considérant tout le potentiel d'une intervention de groupe et le fait qu'une étude américaine portant sur les interventions en ergothérapie après un AVC ait souligné que

seulement 11 % des thérapies sont effectuées en groupe, il serait justifié que les clients puissent en bénéficier davantage (Latham et coll., 2005).

Soulignons également que les principes du CAF concordent bien avec les fondements de la pratique ergothérapique, comme la pratique centrée sur le client (Law et coll., 1997). De plus, en étant à l'écoute de leur client, notamment en les incluant dans l'établissement des objectifs, les ergothérapeutes favorisent l'engagement des clients dans leur réadaptation (MacDonald et coll., 2013).

6.5.2 Un outil pour l'amélioration continue des services

Les points positifs et négatifs identifiés lors de l'évaluation de la satisfaction et des bénéfices perçus d'une nouvelle intervention doivent être pris en compte en vue de l'amélioration des services et afin de s'assurer que l'intervention soit significative pour la personne (McEwen et coll., 2010). Ainsi, les données recueillies dans cette étude seront pertinentes dans un processus d'amélioration de la qualité des services rendus et aideront à guider l'évolution des interventions du CAF en fonction des besoins et des préférences exprimés par les usagers. Les données pourraient également être utiles pour guider le développement d'interventions similaires dans d'autres programmes du centre de réadaptation InterVal ou d'autres centres de réadaptation offrant des services auprès de la clientèle ayant subi un AVC. Le guide d'entrevue créé et pré-testé dans cette étude représente aussi un outil utile pour permettre aux ergothérapeutes de continuer de recourir à la perception des usagers comme une mesure enrichissante d'informations pour l'amélioration continue des services dispensés. Le court questionnaire qui a été intégré au guide d'entrevue est simple d'utilisation et le temps de passation est court, puisqu'il comprend des énoncés avec des échelles de réponse, rendant son application réaliste dans un contexte de services en réadaptation (voir aussi l'Annexe L qui présente une version du questionnaire dont la mise en page et le format ont été adaptés pour en faciliter l'auto-administration par les usagers).

6.6 Forces et limites de l'étude

Cette étude comprend quelques limites, dont la principale étant le petit nombre de participants. L'étude fournit néanmoins des données préliminaires utiles afin de tester le guide d'entrevue élaboré et d'identifier certains éléments-clés quant aux bénéfices perçus et à la satisfaction des usagers, ce qui est une force du projet.

Comme il a été mentionné précédemment, un biais de mémoire peut également survenir si le temps écoulé entre la fin des interventions dans le CAF et le moment de l'entrevue est trop grand. Ce biais a été limité en sélectionnant les participants ayant complété leurs interventions le plus récemment. Enfin, étant donné les critères de sélection très spécifiques de ce projet de recherche, les résultats ne pourront ultimement être généralisés qu'aux participants du CAF dans l'établissement partenaire, qui répondent aux critères d'admissibilité.

7. CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de documenter la perception et la satisfaction des personnes ayant subi un AVC à l'égard du CAF, une intervention de groupe novatrice développée au CDRPI de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Les bénéfices perçus par les participants du CAF et leur niveau de satisfaction élevé suggèrent qu'il s'agit d'une approche prometteuse pour répondre aux besoins des personnes ayant subi un AVC et augmenter l'intensité des interventions dans un contexte où les ressources sont limitées. Cette approche comporte aussi l'avantage de respecter les fondements de l'ergothérapie, dont la pratique centrée sur le client, qui contribue potentiellement à favoriser l'engagement du client dans la thérapie. Le guide d'entrevue développé et pré-testé dans cette étude pourrait aussi éventuellement être utilisé pour confirmer ces résultats auprès d'un plus grand nombre d'utilisateurs et ainsi contribuer à l'amélioration continue de la qualité des services offerts.

Réaliser un projet comme celui-ci laisse plusieurs portes ouvertes pour de futurs projets qui viendraient le bonifier ou l'approfondir. Par exemple, il serait pertinent d'explorer les impacts de l'intervention à l'aide de mesures de résultats additionnelles (ex. : habiletés du membre supérieur, indépendance fonctionnelle, participation sociale). Il pourrait aussi être intéressant de documenter la perception des intervenants et des gestionnaires par rapport aux avantages et inconvénients de l'intervention et les mettre en perspective avec les résultats de la présente étude. Finalement, puisque l'utilisation du CAF a déjà commencé à être élargie à plusieurs clientèles ayant « des affections neurologiques centrales et périphériques (ex. : sclérose en plaques, syndrome de Guillain-Barré, traumatisme au plexus brachial) » (Guimond et Vigneault, 2014, p.10) et à d'autres étapes du continuum de soins (ex : réadaptation à l'interne), il serait pertinent de poursuivre l'évaluation de cette intervention, notamment concernant son applicabilité et ses bénéfices dans ces autres contextes d'intervention.

RÉFÉRENCES

- Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. (2005). *Évaluer pour s'améliorer: au cœur de la qualité des services. Le concept de qualité des services: un outil d'évaluation de la satisfaction adapté aux attentes des usagers*. Document récupéré le 19 novembre 2013 de : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/sbn2-89510-229-5vcorr.pdf
- Agence de la santé publique du Canada. (2011). *Suivi des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux (AVC) au Canada- Faits saillants sur les AVC 2011*. Document récupéré le 10 novembre 2013 de : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/sh-fs-2011/index-fra.php>
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (2012). *Circuit d'activités fonctionnelles : Quand innovation est synonyme d'amélioration de la qualité des services offerts à la clientèle AVC*. Document récupéré de : <http://en.aerdpq.org/fichiers/evenement/conference/d1.1.guimond-vigneault.pdf>
- Blennerhassett, J., & Dite, W. (2004). Additional task-related practice improves mobility and upper limb function early after stroke: a randomised controlled trial. *Australian Journal of Physiotherapy*, 50(4), 219-224.
- Burton, C. R. (2000). Living with stroke: a phenomenological study. *Journal of advanced nursing*, 32(2), 301-309.
- Cifu, D. X., & Stewart, D. G. (1999). Factors affecting functional outcome after stroke: a critical review of rehabilitation interventions. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 80(5), S35-S39.
- Conseil Québécois d'Agrément: Accompagner les organisations pour une gestion intégrée de la qualité. *Définition de l'agrément*. Récupéré le 10 juin 2014 de : <http://www.cqaqualite.ca/fr/agr%C3%A9ment>
- Cramm, J. M., Strating, M. M., & Nieboer, A. P. (2012). Satisfaction with care as a quality-of-life predictor for stroke patients and their caregivers. *Quality of Life Research*, 21(10), 1719-1725.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6(32). Doi : 10.3310/hta6320.
- Dawson, A. S., Knox, J., McClure, A., Foley, N., & Teasell, R. (2013). on behalf of the Stroke Rehabilitation Writing Group. *Chapter 5: Stroke Rehabilitation*. Dans M. P. Lindsay,

- G. Gubitz, M. Bayley, and S. Phillips (Editors) on behalf of the Canadian Stroke Best Practices and Standards Advisory Committee. *Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care*: Ottawa, Ontario Canada: Heart and Stroke Foundation and the Canadian Stroke Network.
- Duncan, P. W., Horner, R. D., Reker, D. M., Samsa, G. P., Hoenig, H., Hamilton, B., Dudley, T. K. (2002). Adherence to postacute rehabilitation guidelines is associated with functional recovery in stroke. *Stroke*, 33(1), 167-177.
- English, C., & Hillier, S. L. (2010). Circuit class therapy for improving mobility after stroke. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*(7), CD007513. doi: 10.1002/14651858.CD007513.pub2
- Flinn, N. A., Schamburg, S., Fetrow, J. M., & Flanigan, J. (2008). The effect of constraint-induced movement treatment on occupational performance and satisfaction in stroke survivors. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 25(3), 119-127
- Fondation des Maladies du cœur et de l'AVC. (2008). Section *qu'est-ce qu'un AVC*. Récupéré le 10 novembre 2013 de : http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kpIQKVOxFoG/b.3669877/k.6FF6/AVC__Questce_q_uun_AVC.htm
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. (2010). Section le Congrès canadien de l'AVC. Récupéré le 12 décembre 2013, de : <http://www.fmcoeur.on.ca/site/apps/nlnet/content2.aspx?c=pkI0L9MMJpE&b=6115627&ct=8488993>
- Fortin, M. F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière.
- Fougeyrollas, P. (2010). *La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*. Presses Université Laval.
- Franchignoni, F., Ottonello, M., Benevolo, E., & Tesio, L. (2002). Satisfaction with hospital rehabilitation: Is it related to life satisfaction, functional status, age or education?-. *Journal of rehabilitation medicine*, 34(3), 105-108.
- Gill, L., & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22(1), 8-19.
- Guimond, J-F., & Vigneault, E. (2014). *Le circuit d'activités fonctionnelles : Guide d'intervention clinique*. Centre de réadaptation en déficience physique InterVal de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- Hansson, E. E., Beckman, A., Wihlborg, A., Persson, S., & Troein, M. (2013). Satisfaction with rehabilitation in relation to self-perceived quality of life and function among

- patients with stroke—a 12 month follow-up. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(2), 373-379.
- Kim, B. H., Lee, S. M., Bae, Y. H., Yu, J. H., & Kim, T. H. (2012). The Effect of a Task-oriented Training on Trunk Control Ability, Balance and Gait of Stroke Patients. *Journal of Physical Therapy Science*, 24(6), 519-522.
- Latham, N. K., Jette, D. U., Coster, W., Richards, L., Smout, R. J., James, R. A., ... & Horn, S. D. (2005). Occupational therapy activities and intervention techniques for clients with stroke in six rehabilitation hospitals. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 60(4), 369-378.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., & Townsend, E. (1997). Concepts de base de l'ergothérapie. Dans E. Townsend et Association canadienne des ergothérapeutes, *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Lynch, E., Harling, R., English, C., & Stiller, K. (2008). Patient satisfaction with circuit class therapy and individual physiotherapy. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 15(4), 167-173.
- MacDonald, G. A., Kayes, N. M., & Bright, F. (2013). Barriers and facilitators to engagement in rehabilitation for people with stroke: a review of the literature. *New Zealand Journal of Physiotherapy* 41(3): 112-121.
- Maclean, N., Pound, P., Wolfe, C., & Rudd, A. (2000). Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. *BMJ*, 321(7268), 1051-1054.
- Mangset, M., Dahl, T. E., Førde, R., & Wyller, T. B. (2008). 'We're just sick people, nothing else':... factors contributing to elderly stroke patients' satisfaction with rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 22(9), 825-835.
- Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Côté, R., Durcan, L., & Carlton, J. (2002). Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 83(8), 1035-1042.doi: 10.1053/apmr.2002.33984
- McEwen, S. E., Polatajko, H. J., Davis, J. A., Huijbregts, M., & Ryan, J. D. (2010). 'There's a real plan here, and I am responsible for that plan': participant experiences with a novel cognitive-based treatment approach for adults living with chronic stroke. *Disability & Rehabilitation*, 32(7), 541-550.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008). Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Récupéré le 6 juin 2014 de : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-848-01.pdf>

- Morris, R., & Morris, P. (2012). Participants' experiences of hospital-based peer support groups for stroke patients and carers. *Disability and rehabilitation*, 34(4), 347-354.
- Murti, A., Deshpande, A., & Srivastava, N. (2013). Patient Satisfaction and Consumer Behavioural Intentions An Outcome of Service Quality in Health Care Services. *Journal of Health Management*, 15(4), 549-577.
- Naidu, A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(4), 366-381.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2009). L'ergothérapie et les accidents vasculaires cérébraux. Document récupéré le 6 juin 2014 de : <http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Chroniques/AVC.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé. (2012). Statistiques sanitaires mondiales, une masse d'informations sur la santé publique mondiale. Récupéré le 10 juin 2014 de : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112816/1/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf?ua=1
- Pound, P., Tilling, K., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. (1999). Does patient satisfaction reflect differences in care received after stroke? *Stroke*, 30(1), 49-55.
- Proot, I. M., Crebolder, H. F., Abu-Saad, H. H., Macor, T. H., & Ter Meulen, R. H. (2000). Stroke patients' needs and experiences regarding autonomy at discharge from nursing home. *Patient education and counseling*, 41(3), 275-283.
- Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013). Patient-Centered Care and Outcomes A Systematic Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), 351-379.
- Schouten, L., Murray, C., & Boshoff, K. (2011). Overcoming the long-term effects of stroke: qualitative perceptions of involvement in a group rehabilitation programme. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 18(4), 198-207.
- Tomkins, B., Siyambalapitiya, S., & Worrall, L. (2013). What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction. *Aphasiology*, 27(8), 972-991.
- Townsend, E. A., Polatajko, H. J., & Craik, J. (2013). Le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels. Dans *Habiliter à l'occupation – Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Ottawa, ON: CAOT Publication ACE, p. 27.
- Tyson, S. F., & Turner, G. (1999). The process of stroke rehabilitation: what happens and why. *Clinical rehabilitation*, 13(4), 322-332.

- van de Port, I. G. L., Wevers, L. E. G., Lindeman, E., & Kwakkel, G. (2012). Effects of circuit training as alternative to usual physiotherapy after stroke: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 344, e2672-e2672. doi: 10.1136/bmj.e2672
- Wevers, L., van de Port, I., Vermue, M., Mead, G., & Kwakkel, G. (2009). Effects of task-oriented circuit class training on walking competency after stroke: a systematic review. *Stroke; A Journal Of Cerebral Circulation*, 40(7), 2450-2459. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.541946
- Wohlin Wottrich, A., Stenström, C. H., Engardt, M., Tham, K., & Von Koch, L. (2004). Characteristics of physiotherapy sessions from the patient's and therapist's perspective. *Disability & Rehabilitation*, 26(20), 1198-1205.
- Zanker, K., English, C., Prideaux, N., & Luker, J. (2007). Interdisciplinary circuit class therapy: increasing therapy time on an acute stroke unit... including commentary by Dr. Gillian Mead. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 14(11), 483-488.

ANNEXE A LETTRE D'APPUI DU CRDPI



**Centre administratif
et services externes
en déficience motrice adultes**
1775, rue Nicolas-Perrot
Trois-Rivières (QC) G9A 1C5
☎ 819 378-4083
📠 819 693-0237

**Services externes
Drummondville**
570, rue Hériot
Drummondville (QC) J2B 1C1
☎ 819 477-9010
📠 819 477-9014

**Services externes
Labadie**
4100, Jacques-de-Labadie
Trois-Rivières (QC) G8Y 1T6
☎ 819 378-4083
📠 819 378-1354

**Services externes
Marc-Ouessy**
800, rue Niverville
Trois-Rivières (QC) G9A 2A8
☎ 819 378-4083
📠 819 376-6536

**Services internes et externes
Ste-Marguerite**
3450, Ste-Marguerite
Trois-Rivières (QC) G8Z 1X3
☎ 819 375-7718
📠 819 379-9360 (Déficience motrice)
📠 819 379-7981 (SAT)

**Services externes
Shawinigan**
750, Promenade du Saint-Maurice
Shawinigan (QC) G9N 1L6
☎ 819 537-5005
📠 819 537-7203

**Services externes
Vachon**
375, rue Vachon
Trois-Rivières (QC) G8T 8P6
☎ 819 374-0016
📠 819 374-4967

**Services externes
Victoriaville**
80, rue Saint-Paul
Victoriaville (QC) G6P 9C8
☎ 819 752-4099
📠 819 752-4199

Service d'orthèses/prothèses
1485, Place de la Fontaine
Trois-Rivières (QC) G8Y 2S9
☎ 819 693-7856

www.centreinterval.qc.ca



Trois-Rivières, le 4 décembre 2013

Madame Valérie Poulin
Professeure au Département d'ergothérapie
Université du Québec à Trois-Rivières
C.P. 500
3351, boul. des Forges
Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7

Objet : Lettre d'appui à un projet académique (Myriam Thiffeault)

Madame,

Cette lettre a pour objet de vous faire part de l'appui que le CRDP InterVal souhaite apporter au projet académique de Mme Myriam Thiffeault visant à élaborer un outil d'évaluation de la satisfaction des usagers ayant reçu des services dans le cadre du circuit d'activités fonctionnelles.

Ayant une grande préoccupation quant à l'amélioration continue de la qualité des services que nous offrons à ces personnes et à leur famille, nous pensons que le projet identifiera des pistes d'amélioration, tant des points de vue strictement cliniques qu'organisationnels. De plus, dans une perspective de développement de l'expertise de nos professionnels, nous sommes convaincus que ce projet, par son contenu et sa démarche, sera du plus grand bénéfice pour notre organisation et sa clientèle.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de nos sentiments distingués.

Martin Dionne
Gestionnaire de la qualité
CRDP InterVal

MD/gc

ANNEXE B
CANEVAS D'ENTREVUE POUR L'ÉVALUATION DE LA SATISFACTION

PARTIE A

Information sur le participant: données sociodémographiques et cliniques

1. Numéro du participant : _____ Date d'entrevue : _____

2. Âge : _____ Date de naissance : _____

3. Sexe :

1. Femme
2. Homme

4. Type de milieu de vie :

1. Domicile
2. Résidence privée avec services

5. Environnement social :

1. Vit seul
2. Vit avec conjoint
3. Vit avec autres personnes significatives

Occupation principale:

6. avant l'AVC : _____

après l'AVC : _____

Date de l'AVC : _____

7. (Nombre de mois post-AVC au moment du début du circuit d'activités fonctionnelles:_____)
8. Type d'AVC
1. Ischémique
 2. Hémorragique
9. Côté de l'AVC (c'est-à-dire quelle partie du cerveau a été touchée):
1. Droit
 2. Gauche
 3. Bilatéral
10. Nombre total de séances au circuit d'activités fonctionnelles:_____

PARTIE B

Questions ouvertes et fermées

11. Dans vos propres mots, décrivez-moi ce que vous faisiez dans le circuit d'activités fonctionnelles.

- a) Quelles activités faisiez-vous?
- b) Trouvez-vous que les activités étaient bien choisies? S'il vous plaît, expliquer.
- c) Est-ce que les activités répondaient à des besoins prioritaires pour vous?

12. Avez-vous perçu des bénéfices reliés à votre participation dans le circuit d'activités? Si oui :

- a) Quels sont ces bénéfices?
- b) Est-ce que les traitements vous ont permis d'atteindre les objectifs que vous vous étiez fixés en commençant le circuit d'activités? S'il vous plaît, expliquer.

13. Réalisez-vous à domicile les activités que vous faites en thérapie?

- Si oui, à quelle fréquence? Donnez un exemple
- Sinon, pour quelles raisons est-ce difficile pour vous d'appliquer ces activités dans votre quotidien?

14. Comment percevez-vous le fait de recevoir des traitements en groupe?

- a) Avez-vous perçu des avantages ou des points positifs à travailler en groupe lors de vos traitements? Si oui, lesquels?
- b) Est-ce qu'il y avait des inconvénients à travailler en groupe? Si oui, lesquels?

15. Avec du recul, quels sont les points positifs de votre participation au circuit d'activités fonctionnelles?

16. Quels seraient les éléments à améliorer?

PARTIE C

Questions avec échelles de réponse

Organisation et déroulement du circuit d'activités

17. Pour chaque question, cochez la case appropriée (c'est-à-dire augmenté(e), diminué(e) ou rester le/la même) :

	être augmenté(e)	être diminué(e)	rester le/la même
a) Est-ce que la fréquence des rencontres – soit une fois par semaine – devrait :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Est-ce que la durée de chaque séance – soit une heure – devrait :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Est-ce que le nombre de participants par groupe – soit 2 à 6 personnes – devrait :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Est-ce que le nombre d'activités différentes pratiquées à chaque séance devrait :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Est-ce que le niveau d'encadrement fourni par les intervenants lors des séances devrait :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Est-ce que le temps alloué par station devrait :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires :			

18. Pour chacune des trois questions suivantes, cochez oui ou non.

	Oui	non
a) Est-ce que le fait de travailler en groupe diminue votre capacité à vous concentrer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Est-ce que le changement d'une station de travail à l'autre est mélangeant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Aimeriez-vous avoir du temps lors des rencontres pour discuter de sujets reliés à l'AVC (ex. : signes avant-coureur de l'AVC, bonnes habitudes de vie, gestion du stress, fatigue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires :		

Impacts/bénéfices perçus par la personne en lien avec sa participation au circuit

19. Pour chacune des questions suivantes, cochez la case appropriée. À quel point vous sentez-vous :

	Très	Assez	Peu	Pas du tout
a) Autonome lorsque vous réalisez votre programme dans le circuit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Motivé à réaliser les activités de votre programme dans le circuit d'activités fonctionnelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Motivé à appliquer le programme à domicile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Confiant de pratiquer dans votre quotidien les activités que vous avez réalisées en thérapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Confiant d'utiliser votre bras/main atteint(e) dans vos tâches quotidiennes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires :				

Aspects professionnels et relationnels

20. Pour chacune des questions suivantes, cochez la case appropriée. À quel point êtes-vous satisfait :

	Très satisfait	Assez satisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Assez insatisfait	Très insatisfait
a) Des enseignements et des explications fournis par les intervenants concernant votre programme d'intervention?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) De la qualité de vos relations avec les intervenants du circuit (par exemple, le respect, l'écoute, la confidentialité).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Des possibilités que vous avez eues d'échanger avec d'autres personnes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires :					

Satisfaction globale

21. Tout compte fait, à quel point êtes-vous satisfait de votre participation dans le circuit d'activités en groupe?

Très satisfait	Assez satisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Assez insatisfait	Très insatisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Perception générale

22. Avez-vous d'autres commentaires que vous voudriez partager concernant votre participation au circuit d'activités fonctionnelles?

ANNEXE C

PRÉSENTATION DES QUESTIONS EN LIEN AVEC LE MODÈLE DE QUALITÉ DES SERVICES

Secteur organisationnel	17. a) Est-ce que la fréquence des rencontres – soit une fois par semaine – devrait être augmentée, diminuée ou rester la même
	17. b) Est-ce que la durée de chaque séance – soit une heure – devrait être augmentée, diminuée ou rester la même
	17. c) Est-ce que le nombre de participants par groupe – soit 2 à 6 personnes – devrait être augmenté, diminué ou rester le même
	17. d) Est-ce que le nombre d'activités différentes pratiquées à chaque séance devrait être augmenté, diminué ou rester le même
	17. e) Est-ce que le niveau d'encadrement fourni par les intervenants lors des séances devrait être augmenté, diminué ou rester le même
	17. f) Est-ce que le temps alloué par station devrait être augmenté, diminué ou rester le même
	18. a) Est-ce que le fait de travailler en groupe diminue votre capacité à vous concentrer?
	18. b) Est-ce que le changement d'une station de travail à l'autre est mélangeant?
	18. c) Aimeriez-vous avoir du temps lors des rencontres pour discuter de sujets reliés à l'AVC (ex. : signes avant-coureurs de l'AVC, bonnes habitudes de vie, gestion du stress, fatigue)
Secteur professionnel	19. a) À quel point vous sentez-vous autonome lorsque vous réalisez votre programme dans le circuit.
	20.a) À quel point êtes-vous satisfait des enseignements et des explications fournis par les intervenants concernant votre programme d'intervention?
Secteur relationnel	20.b) À quel point êtes-vous satisfait des de la qualité de vos relations avec les intervenants du circuit (par exemple, le respect, l'écoute, la confidentialité).
	20.c) À quel point êtes-vous satisfait des possibilités que vous avez eues d'échanger avec d'autres personnes.

ANNEXE D
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE L'UQTR



Université du Québec à Trois-Rivières
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

Titre du projet : L'utilisation d'un circuit d'activités fonctionnelles auprès des personnes ayant subi un AVC : la perspective des usagers

Chercheurs : Myriam Thiffault
Département d'ergothérapie

Organismes : Aucun financement

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 31 janvier 2014

Date de fin : 31 janvier 2015

COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat de la recherche et de la création ou un substitut suggéré par le doyen de la recherche et de la création.

SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.

Hélène-Marie Thérien
Présidente du comité

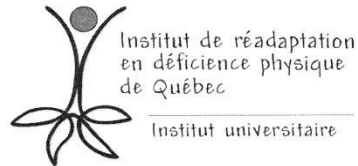
Marie-Eve St-Germain
Secrétaire du comité

Date d'émission : 31 janvier 2014

N° du certificat : CER-14-198-07.13
DECSR

ANNEXE E

LETTRE D'APPROBATION DU COMITÉ SCIENTIFIQUE



9 février 2014

Myriam Thiffeault, étudiante en ergothérapie
Programme d'ergothérapie
Université du Québec à Trois-Rivières
Trois-Rivières, Québec

Courriel myriam.thiffeault@uqtr.ca

Madame,

La présente est pour vous transmettre la grille d'évaluation scientifique relative à votre projet : CIRRIS-073-0214, intitulé : « L'utilisation d'un circuit d'activités fonctionnelles auprès des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral: la perspective des usagers. ». Je vous confirme que le comité d'évaluation scientifique a jugé votre projet conforme aux standards scientifiques en vigueur.

Cette lettre, la description du projet, ainsi que la grille d'évaluation concernant le projet devraient être incluses dans votre dossier soumis au Comité d'éthique.

Veuillez agréer, Madame Thiffeault, mes sentiments les meilleurs,

A handwritten signature in cursive script, reading 'Robert Dykes'.

Robert Dykes, Ph. D.
Co- Président
Comité d'évaluation scientifique conjoint CRIR/CIRRIS
Téléphone : (902) 523-2945; Courriel : robert.dykes@mcgill.ca

Copie conforme : Madame Isabelle Deaudelin
Coordonnatrice du comité d'éthique à la recherche de l'IRDQP
Direction de l'enseignement et du soutien scientifique
Institut de réadaptation de déficience physique de Québec
525, boul. Wilfrid-Hamel Est, Québec (Québec) G1M 2S8

ANNEXE F ÉVALUATION SCIENTIFIQUE



GRILLE D'ÉVALUATION SCIENTIFIQUE D'UN PROJET DE RECHERCHE RESEARCH PROJECT SCIENTIFIC EVALUATION GRID

INSTRUCTIONS: Placez un **X** dans la case qui convient à chacun des critères de l'évaluation. Indiquez vos commentaires, si nécessaire, dans la case sous le critère. *Place an X in the appropriate box for each evaluation criterion. Enter your comments in the box below each criterion.*

TITRE DU PROJET : <i>TITLE OF THE PROJECT:</i>	L'utilisation d'un circuit d'activités fonctionnelles auprès des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral: la perspective des usagers.
CHERCHEUR PRINCIPAL : <i>PRINCIPAL INVESTIGATOR:</i>	Myriam Thiffault, étudiante à la maîtrise en ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières
DATE DE L'ÉVALUATION: <i>DATE OF EVALUATION:</i>	9 février 2014

Commentaires généraux: / General Comments:

Recherche qualitative concernant la perception et la satisfaction des personnes ayant subi un AVC à l'égard d'une intervention de groupe novatrice par le biais d'un questionnaire.

1. Le titre identifie bien la recherche / The title is representative of the research	A¹	AC	NA
	X		
2. La relation du problème avec la littérature est clairement établie / The relationship between the problem and the literature is well established	A	AC	NA
	X		
3. Clarté et portée des objectifs / The objectives are clearly defined and attainable	A	AC	NA
L'hypothèse est « que les participants percevront différents bénéfices à réaliser les activités en groupe puisqu'ils se sentent soutenus par des personnes qui vivent la même situation qu'eux. » Le protocole mentionne que ceci est une hypothèse parmi plusieurs, mais elle est la seule à être adressée par le protocole de recherche.	X		
4. L'hypothèse ou la question expérimentale est clairement représentée / The hypothesis or the experimental question is clearly stated	A	AC	NA
Voir no. 4	X		
5. La pertinence et l'importance de l'étude sont clairement établies / The relevance and importance of the research are well established	A	AC	NA

¹ A=Acceptable/Acceptable; AC=Acceptable sous condition, Voir commentaires/Accepted conditionally, See comments ; NA=Non-acceptable/Not acceptable

	X		
6. Le devis de recherche est approprié pour la solution du problème / The proposed research (description) is appropriate for the resolution of the problem	A	AC	NA
	X		
7. La population et l'échantillon sont bien spécifiés / The population and sampling are clearly described	A	AC	NA
	X		
8. La procédure expérimentale est bien décrite / The experimental procedure is clearly described	A	AC	NA
	X		
9. La psychométrie (validité et fiabilité) des outils est discutée / The psychometric properties (validity and reliability) of the tools are discussed	A	AC	NA
	X		
10. L'analyse des données est bien spécifiée et appropriée / The data analysis is clearly stated and appropriate	A	AC	NA
	X		
11. Les limites de la méthodologie sont indiquées / The limitations of the methodology are indicated	A	AC	NA
	X		
12. Les résultats seront en mesure de répondre à la question posée / The results will be able to answer the experimental question	A	AC	NA
	X		
13. Diffusion des résultats envisagée / Dissemination of results has been considered	A	AC	NA
	X		
14. Le budget et les sources de financement sont mentionnés et réalistes, si nécessaire / The budget and the sources of funding are mentioned and reasonable, if necessary	A	AC	NA
Le budget n'est pas mentionné. On peut présumer que les faibles coûts du projet seront absorbés par les ressources du directeur de la recherche.		X	
15. L'échéancier est crédible / The timeline proposed is credible	A	AC	NA
	X		
16. L'expertise de l'équipe est mentionnée / The expertise of the team is mentioned	A	AC	NA
	X		

ANNEXE G
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE L'IRDPQ



Certificat d'éthique
Projet de recherche

Québec, le 24 avril 2014

Nous attestons que les membres du comité d'éthique de la recherche de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec ont évalué le projet de recherche # 2014-365 « **L'utilisation d'un circuit d'activités fonctionnelles auprès des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral : la perspective des usagers** », en évaluation accélérée, le 10 avril 2014.

Soumis par : Valérie Poulin, Ph.D.

Les membres du comité sont :

- Sylvain Auclair (spécialiste en éthique)
- Thérèse Brousseau (représentante des gestionnaires cliniques)
- Lucie D'Anjou (représentante clinique)
- Chantal Desmarais (personne ayant une vaste connaissance de la recherche)
- Ariane Imreh (spécialiste en droit)
- Ghislain Lavoie (représentant des utilisateurs de services)
- Pascal Minville (représentant des utilisateurs de services)
- Jacques Vachon (personne ayant une vaste connaissance de la recherche)
- Julien Voisin (personne ayant une vaste connaissance de la recherche)

Nous certifions que ce projet de recherche est conforme au point de vue de l'éthique et qu'il est approuvé **jusqu'au 30 septembre 2014.**

Sylvain Auclair, président du comité d'éthique de la recherche

ANNEXE H

LETTRE D'INFORMATION DE L'IRDPO



Feuillet d'information

1

Numéro de projet :

2014-3105
(Réservé à l'administration)

I. Titre du projet :

L'utilisation d'un circuit d'activités fonctionnelles auprès des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral : la perspective des usagers

II. Responsable et collaborateurs (avec affiliation professionnelle et identifier les cliniciens, coordonnateurs, étudiants, stagiaires, etc., s'il y a lieu) :

Étudiante-chercheur: Myriam Thiffeault, étudiante à la maîtrise en ergothérapie, département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

Directrice de recherche: Valérie Poulin, ergothérapeute et candidate au doctorat, professeure au département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

Réalisé en collaboration avec le centre de réadaptation en déficience physique Interval

III. Organisme de subvention :

Aucun

IV. Introduction :

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce feuillet d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.

Le feuillet d'information et de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet et aux autres membres du personnel affectés au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

V. Nature et objectifs du projet :

Ce projet de recherche s'adresse aux personnes ayant reçu des traitements sous la forme d'un circuit d'activités en ergothérapie en petits groupes. Les objectifs de ce projet de recherche sont de connaître la perception des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) face à cette modalité d'intervention et de développer un questionnaire qui servira à évaluer leur satisfaction. Il est prévu que six personnes seront incluses à l'étude.

Réservé à l'administration
2013-08

Approbation du CÉR



N° version :

1

Date :

2014/04/24



Feuille d'information

2

Numéro de projet :

2014-365
(Réservé à l'administration)

VI. Déroulement du projet :

Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer à une entrevue avec l'étudiante et à répondre à un questionnaire. L'entrevue se déroulera à votre domicile ou à tout autre endroit de votre choix propice à réaliser une entrevue. Le guide d'entrevue comprend d'abord des questions en lien avec votre situation, par exemple votre âge et la date de l'AVC. Par la suite, les questions porteront sur votre satisfaction à l'égard du circuit d'activités (par exemple, votre niveau de satisfaction en lien avec le déroulement des séances et le choix des activités). L'entrevue durera une heure et sera enregistrée avec un enregistreur audio numérique afin d'être retranscrite par la suite. Une fois que la transcription des données aura été complétée, l'enregistrement sera effacé.

VII. Risques potentiels et inconvénients personnels :

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ une heure, représente le principal inconvénient. De plus, si les sujets abordés lors de l'entrevue suscitent chez vous des émotions négatives (par exemple la tristesse), du support vous sera offert.

VIII. Avantages possibles :

Il n'y a pas d'avantage direct à participer à cette étude. Toutefois, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances au sujet d'une nouvelle manière d'offrir les services en ergothérapie pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral.

IX. Participation volontaire et retrait de la participation :

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affectés au projet. Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ni sur votre relation avec le chercheur responsable du projet et les autres intervenants.

X. Clause de responsabilité :

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

XI. Indemnité compensatoire :

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Réservé à l'administration
2013-08

Approbation du CÉR



N° version :

1

Date :

2014/04/24



Feuille d'information

3

Numéro de projet : 2014-365
(Réservé à l'administration)

XII. Confidentialité, conservation et utilisation des résultats :

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée en utilisant un nom fictif lors de la retranscription de l'entrevue, de l'analyse et de la diffusion des résultats de l'étude. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'un essai, d'un article scientifique et de communications orales ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé au bureau de la directrice de la recherche et les seules personnes qui y auront accès seront l'étudiante et la directrice de la recherche. Les documents informatisés en lien avec cette étude seront également protégés par des mots de passe. Les données seront détruites un an après la fin du projet estimée en décembre 2014 et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

XIII. Questions sur le projet et personnes-ressources :

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer par courrier électronique avec Myriam Thiffeault (myriam.thiffeault@uqtr.ca) ou Valérie Poulin (valerie.poulin@uqtr.ca) ou encore par téléphone au numéro 819-376-5011 poste 3758.

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro [CER-14-198-07.13] a été émis le 30 janvier 2014.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec Mme Isabelle Deaudelin, coordonnatrice du comité d'éthique de la recherche de l'IRDPQ au 418 529-9141, poste 6022 ou isabelle.deaudelin@irdpq.qc.ca. Les frais d'interurbain seront remboursés sur présentation d'une pièce justificative, le cas échéant. Pour les plaintes à formuler, vous pouvez vous adresser à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'IRDPQ à l'adresse courriel suivante : plaintes@irdpq.qc.ca ou par téléphone au 418 529-9141, poste 6589 (téléscripteur ATS : 418 649-3734). Il est également possible de communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

Réservé à l'administration
2013-08

Approbation du CÉR



N° version :

1 Date : 2014/04/24

ANNEXE I

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'UQTR



Université du Québec à Trois-Rivières

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse

Moi, Myriam Thiffeault, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet intitulé *L'utilisation d'un circuit d'activités fonctionnelles auprès des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral : la perspective des usagers*. J'ai bien saisi les conditions et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participante ou participant :	Chercheuse:
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Numéro du certificat : CER-14-198-07.13
Certificat émis le 31 Janvier 2014

ANNEXE J

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'IRDPQ



Formulaire de consentement

Page 1 sur 1

Numéro de projet : 2014-365

Titre du projet: L'utilisation d'un circuit d'activités fonctionnelles auprès des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral : la perspective des usagers

Chercheur responsable du projet : Myriam Thiffeault, étudiante à la maîtrise en ergothérapie

- 1) Le(la) responsable m'a informé(e) de la nature et des buts de ce projet de recherche ainsi que de son déroulement;
- 2) Le(la) responsable m'a informé(e) des risques et inconvénients associés à ma participation;
- 3) Ma participation à cette étude est volontaire et je peux me retirer en tout temps sans préjudice;
- 4) Les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et elles ne seront utilisées qu'aux fins scientifiques et par les partenaires identifiés au formulaire d'information;
- 5) J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant ce projet et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes;
- 6) Ma décision de participer à cette étude ne libère ni les chercheurs ni l'établissement hôte de leurs obligations envers moi;
- 7) Je sais qu'aucune rémunération n'est rattachée à ma participation;
- 8) Le(la) responsable m'a remis un exemplaire du feuillet d'information et du formulaire de consentement;
- 9) J'ai lu le présent formulaire et je consens volontairement à participer à cette étude;
- 10) Je désire recevoir une copie des résultats de l'étude ☐ oui ☐ non

- * Dans le cas de **personnes mineures**, il est de la responsabilité du parent qui signe le présent formulaire de consentement d'informer l'autre parent de la participation de l'enfant à la recherche et de fournir les coordonnées du chercheur.
- * Pour les **personnes majeures inaptes**, remplacer la signature du participant par celle du mandataire.

Nom du participant	Date de naissance	Numéro de téléphone
Signature du participant *	Date	
Nom du chercheur	Date	Signature

Réservé à l'administration
2013-08

Approbation du CÉR



N° version :

1 Date : 2014/04/24

ANNEXE K

RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE

Question	Nombre de participants ayant fourni cette réponse (N total = 4)		
	être augmenté(e)	être diminué(e)	rester le/la même
17.a) Est-ce que la fréquence des rencontres – soit une fois par semaine – devrait :	4		
17.b) Est-ce que la durée de chaque séance – soit une heure – devrait :	2		2
17.c) Est-ce que le nombre de participants par groupe – soit 2 à 6 personnes – devrait :			4
17.d) Est-ce que le nombre d'activités différentes pratiquées à chaque séance devrait :	1		3
17.e) Est-ce que le niveau d'encadrement fourni par les intervenants lors des séances devrait :	1		3
17.f) Est-ce que le temps alloué par station devrait :			4

Question	Nombre de participants ayant fourni cette réponse (N total = 4)	
	Oui	non
18.a) Est-ce que le fait de travailler en groupe diminue votre capacité à vous concentrer?	0	4
18.b) Est-ce que le changement d'une station de travail à l'autre est mélangeant?	0	4
18.c) Aimerez-vous avoir du temps lors des rencontres pour discuter de sujets reliés à l'AVC (ex. : signes avant-coureurs de l'AVC, bonnes habitudes de vie, gestion du stress, fatigue)	3	1

Question	Nombre de participants ayant fourni cette réponse (N total = 4)			
	Très	Assez	Peu	Pas du tout
19.a) Autonome lorsque vous réalisez votre programme dans le circuit.		4		
19.b) Motivé à réaliser les activités de votre programme dans le circuit d'activités fonctionnelles.	3	1		
19. c) Motivé à appliquer le programme à domicile.	2	1	1	
19.d) Confiant de pratiquer dans votre quotidien les activités que vous avez réalisées en thérapie.	3	1		
19.e) Confiant d'utiliser votre bras/main atteint(e) dans vos tâches quotidiennes?	3	1		

Question	Nombre de participants ayant fourni cette réponse (N total = 4)				
	Très satisfait	Assez satisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Assez insatisfait	Très insatisfait
20.a) À quel point êtes-vous satisfait des enseignements et des explications fournis par les intervenants concernant votre programme d'intervention?	2	2			
20.b) À quel point êtes-vous satisfait de la qualité de vos relations avec les intervenants du circuit (par exemple, le respect, l'écoute, la confidentialité).	4				
20.c) À quel point êtes-vous satisfait des possibilités que vous avez eues d'échanger avec d'autres personnes.	2	2			
21) Tout compte fait, à quel point êtes-vous satisfait de votre participation dans le circuit d'activités en groupe?	2	2			

ANNEXE L
QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA SATISFACTION

Questionnaire d'évaluation de la satisfaction

Organisation et déroulement du circuit d'activités

1. Pour chaque question, cochez la case appropriée.

a) Est-ce que la **fréquence** des rencontres, soit **une fois par semaine**, devrait :

Être augmentée	Être diminuée	Rester la même
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Est-ce que la **durée** de chaque séance, soit **une heure**, devrait :

Être augmentée	Être diminuée	Rester la même
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Est-ce que le **nombre de participants** par groupe, soit **2 à 6 personnes**, devrait :

Être augmenté	Être diminué	Rester le même
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Est-ce que le **nombre d'activités différentes** pratiquées à chaque séance devrait :

Être augmenté	Être diminué	Rester le même
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) Est-ce que le **niveau d'encadrement** fourni par les intervenants lors des séances devrait :

Être augmenté	Être diminué	Rester le même
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f) Est-ce que le **temps alloué par station** devrait :

Être augmenté	Être diminué	Rester le même
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Pour chacune des trois questions suivantes, cochez oui ou non.

	oui	non
a) Est-ce que le fait de travailler en groupe diminue votre capacité à vous concentrer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Est-ce que le changement d'une station de travail à l'autre est mélangeant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Aimerez-vous avoir du temps lors des rencontres pour discuter de sujets reliés à l'AVC (ex. : signes avant-coureur de l'AVC, bonnes habitudes de vie, gestion du stress, fatigue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires : <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

Impacts/bénéfices perçus par la personne en lien avec sa participation au circuit

3. Pour chacune des questions suivantes, cochez la case appropriée.

a) À quel point vous sentez-vous **autonome** lorsque vous réalisez votre programme dans le circuit?

Très autonome	Assez autonome	Peu autonome	Pas du tout autonome
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) À quel point vous sentez-vous **motivé** à réaliser les activités de votre programme dans le circuit d'activités fonctionnelles.

Très motivé	Assez motivé	Peu motivé	Pas du tout motivé
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) À quel point vous sentez-vous **motivé** à appliquer le programme à domicile.

Très Motivé	Assez motivé	Peu motivé	Pas du tout motivé
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) À quel point vous sentez-vous **confiant** de pratiquer dans votre quotidien les activités que vous avez réalisées en thérapie.

Très confiant	Assez confiant	Peu confiant	Pas du tout confiant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) À quel point vous sentez-vous **confiant** d'utiliser votre bras/main atteint(e) dans vos tâches quotidiennes?

Très confiant	Assez confiant	Peu confiant	Pas du tout confiant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aspects professionnels et interpersonnels

4. Pour chacune des questions suivantes, cochez la case appropriée.

a) À quel point êtes-vous satisfait des enseignements et des explications fournis par les intervenants concernant votre programme d'intervention?

Très satisfait	Assez satisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Assez insatisfait	Très insatisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) À quel point êtes-vous satisfait de la qualité de vos relations avec les intervenants du circuit (par exemple, le respect, l'écoute, la confidentialité)?

Très satisfait	Assez satisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Assez insatisfait	Très insatisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) À quel point êtes-vous satisfait des possibilités que vous avez eues d'échanger avec d'autres personnes?

Très satisfait	Assez satisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Assez insatisfait	Très insatisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Satisfaction globale

5. Tout compte fait, à quel point êtes-vous satisfait de votre participation dans le circuit d'activités en groupe?

Très satisfait	Assez satisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Assez insatisfait	Très insatisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Perception générale

6. Avez-vous d'autres commentaires que vous voudriez partager concernant votre participation au circuit d'activités fonctionnelles?
